FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1948

N° 783

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

François-Pierre MIELLE

Né le 25 Mars 1921, à Arc-les-Gray (Haute-Saône)

Présentée et soutenue publiquement le 22 octobre 1948

LA TUBERCULOSE, LES FISTULES & LES ABCES DE LA MARGE DE L'ANUS

Président : M. DE GENNES, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE A. CASTET

38 *bis*, BOULEVARD SAINT-MARCEL

1948

UNIVERSITÉ DE PARIS. — FACULTÉ DE MÉDECINE

Nom du Candidat : **MIELLE.**

Prénoms : **François-Pierre.**

Date de la soutenance : .....

Numéro d'ordre : .....

(Ces deux mentions seront complétées par le service du Secrétariat de la Faculté)

MIELLE (François-Pierre). — La tuberculose, les fistules et les abcès de la marge de l'anus. — *Paris, André Castet, imprimeur,* 1948, in-8°, 2 clichés, 82 pages.

(*Thèse Médecine (Etat), Paris,* 1948, N° .....).

MIELLE (François-Pierre). — La tuberculose, les fistules et les abcès de la marge de l'anus. — *Paris, André Castet, imprimeur,* 1948, in-8°, 2 clichés, 82 pages.

(*Thèse Médecine (Etat), Paris,* 1948, N° .....).

MIELLE (François-Pierre). — La tuberculose, les fistules et les abcès de la marge de l'anus. — *Paris, André Castet, imprimeur,* 1948, in-8°, 2 clichés, 82 pages.

(*Thèse Médecine (Etat), Paris,* 1948, N° .....).

MIELLE (François-Pierre). — La tuberculose, les fistules et les abcès de la marge de l'anus. — *Paris, André Castet, imprimeur,* 1948, in-8°, 2 clichés, 82 pages.

(*Thèse Médecine (Etat), Paris,* 1948, N° .....).

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1948 N° .....

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

François-Pierre MIELLE

Né le 25 Mars 1921, à Arc-lès-Gray (Haute-Saône)

Présentée et soutenue publiquement le 22 octobre 1948

LA TUBERCULOSE, LES FISTULES & LES ABCES DE LA MARGE DE L'ANUS

Président : M. DE GENNES, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE A. CASTET
38 *bis*, BOULEVARD SAINT-MARCEL

1948

Doyens Honoraires :

MM. Balthazard, Baudouin, Roussy

Professeurs Honoraires :

MM. Aubertin, Balthazard, Basset, Baudouin, Bezançon, Brindeau, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, A. Couvelaire, Delbet, Hartmann, Heitz-Boyer, Jeannin, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lenormant, Marion, Mulon, Ombredanne, Roussy, Rouvière Sannié, Sébileau, Sézary, Tanon

Doyen : Léon Binet, *Membre de l'Institut*
Assesseur : Jean Verne

I. — Professeurs

	MM.
Anatomie	Olivier (*f.f.*).
Anatomie pathologique	Leroux.
Assistance Médico-sociale	N...
Bactériologie	Gastinel.
Biologie médicale	Verne.
Chimie médicale	Polonovski.
Clinique de cardiologie	Donzelot.
Cliniques chirurgicales	Brocq.
	Cadenat.
	Mondor.
	Quénu.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	Leveuf.
Clinique chirurgicale orthopédique	Mathieu.
Clinique gynécologique	Mocquot.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	Gougerot.
Clinique des maladies des enfants	Debré (R.).
Clinique des maladies infectieuses	Mollaret (*f.f.*).
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	Delay.
Clinique des maladies du système nerveux	N...
Cliniques médicales	Benard (H.).
	Chabrol.
	Harvier.
	Lian.
Clinique médicale propédeutique	P.-Vallery-Radot.
Clinique de Neuro-chirurgie	N...
Cliniques obstétricales	Lantuéjoul.
	Lévy-Solal.
	Portes.
Clinique ophtalmologique	Velter.
Clinique oto-rhino-laryngologique	Lemaitre.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Sénèque.
Clinique thérapeutique médicale	Loeper.
Clinique de la Tuberculose	Bernard (Et.).
Clinique urologique	Fey.
Embryologie	Giroud.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	Alajouanine.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550021_0007

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

	MM.
Histologie	Champy.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Besançon (Justin-).
Hygiène et clinique de la première enfance	Cathala.
Hygiène et médecine préventive	Joannon.
Médecine du Travail	Duvoir.
Médecine légale	Piédelièvre.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Brumpt (E.).
Pathologie chirurgicale	Petit-Dutaillis.
Pathologie exotique	Lavier.
Pathologie expérimentale et comparée	Lemaire.
Pathologie médicale	Moreau.
Pathologie et thérapeutique générales	De Gennes
Pharmacologie et matière médicale	Hazard.
Physiologie	Binet (Léon).
Problèmes alimentaires (chaire à titre personnel)	Richet.
Puériculture	Lelong.
Radiologie médicale	Desgrez (Henri).
Stomatologie	Dechaume.
Physique médicale	Strohl.
Technique chirurgicale	Moulonguet.
Thérapeutique	Laroche (Guy).

Professeurs sans Chaire :

MM. Dognon (*Physique médicale*), Gaillard (*Parasitologie*), Halphen (*Oto-Rhino-Laryngologie*), Jayle M. (*Chimie médicale*), Mlle J. Lévy (*Pharmacologie*), Olivier (*Anatomie*).

II. — Agrégés en exercice

	MM.
Anatomie	Cordier. Delmas. Debeyre (f.f.)
Anat. pathologique	Delarue. Mlle Gauthier Villars.
Bactériologie	Bonnet. Fasquelle.
Biochimie médicale	Ettori. Schapira.
Dermato-Syphiligraphie	Degos.
Histologie	Coujard. Desclaux.
Hydrologie	Debray.
Hygiène	Boyer. Deparis.
Médecine légale	Desoille.
Neurologie	De Sèze.

	MM.
Obstétrique	Digonnet. Mayer. Sureau. Varangot.
Ophtalmologie	Offret.
Oto-rhino-laryngol.	Aubin.
Parasitologie	Brumpt, L.C.
Pathologie chirurgic.	Fevre. Hugier. Leger. Merle d'Aubigné.
Psychiatrie	Baruk.
Urologie	Couvelaire.
Pathologie chirurgic.	Padovani. Patel. Roux. Rudler. Sicard.

Pathologie expérim..	MERKLEN. BROUET. CACHERA. DECOURT. DREYFUS (G.)
Pathologie médicale.	FAUVERT. GARCIN. HAMBURGER. KOURILSKY. LAMY. LENÈGRE. MARCHAL. MAURIC. SOULIE.
Pédiatrie	LAPLANE. MARIE (Jul.).
Pharmacologie	CHEYMOL.
Physiologie	BARGETON. PARROT.
Physique médicale .	DJOURNO.
Thérapeutique Agr. ch. déns.	BROUET.

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGRÉGÉS
RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BASSET (*Pathologie chirurgicale*), BRINDEAU (*Obstétrique*), HUGUENIN (*Anatomie pathologique*), LE LORIER (*Obstétrique*),

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS
CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

Cliniq. chirurgicale.	AMELINE. BASSET. DE GAUDART D'ALLAINES. F. BRENTANO. GATELLIER. MENEGAUX.
Cliniq. obstétricale .	ECALLE. LACOMME.
Clinique ophtalmol. .	RENARD.
Clinique médicale ..	BARIETY. BOULIN. CHEVALIER. COSTE. DE GENNES. HAGUENEAU. MOLLARET. MOUQUIN. TURPIN.
Clinique O.R.L.	HALPHEN.

V. — CHARGÉS DE COURS

Radiologie ..... LEDOUX-LEBARD.

	MM.
Secrétaire de la Faculté.	J. MOREL.
Secrétaire-adjoint	M. BRISSIAUD.
Bibliothécaire en Chef..	A. HAHN.
Bibliothécaires	Mlles DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Docteur DE GENNES

Professeur de la Chaire d'endocrinologie de la Faculté
Officier de la Légion d'Honneur

Que je remercie de l'honneur qu'il a bien voulu me faire en acceptant la présidence de cette soutenance de thèse et le prie d'agréer l'expression de ma profonde reconnaissance.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

Qui aurait trouvé, ici, la fin de ses efforts et de ses souffrances. Avec mon plus tendre souvenir.

A MON PÈRE

En souvenir de ma vie d'étudiant. Que ce petit livre soit le gage de ma plus sincère affection.

A MA FEMME

Pour son courage, son aide et son amour.

A MES BEAUX-PARENTS

En remerciement de l'aide qu'ils m'ont apportée ; qu'ils trouvent, ici, l'expression de ma profonde et affectueuse reconnaissance.

A MES GRANDS-PARENTS

A MA FAMILLE

A MES ENFANTS

INTRODUCTION

La vie de la fistule anale ne saurait être séparée de celle de l'abcès sous cutanéo-muqueux. Souvent, en effet, la fistule fait suite, à plus ou moins longue échéance, à un abcès de la région anale.

L'étiologie de ces affections est, certes, assez diverse et, parfois, évidente. Ce peut être :

— *une infection :* à point de départ cutané, tels : furoncle, plaie infectée, lymphangite superficielle ou anale, hémorroïde infectée sans préjuger de ce mode d'infection.

Il est classique de signaler les entérites aiguës et chroniques, les colites, les rectites à la source de la suppuration de cette région. Même une très minime plaie ano-rectale peut produire un abcès anal et même une fistule.

— *une fissure anale* peut se compliquer ultérieurement de fistule.

— *sans parler des corps étrangers intra-rectaux* et d'autres causes beaucoup plus rares, on peut rencontrer, et ceci a été démontré récemment, la maladie de Nicolas et Favre.

Mais il est incontestable qu'il y a des cas où, malgré toute recherche attentive, toute enquête minutieuse, on ne trouve pas d'étiologie vraiment évidente. Ce sont ces cas *et uniquement ces cas*, que nous avons groupés ici, au cours d'une année de

consultation de rectologie, et nous nous sommes demandés si nous pourrions y trouver des arguments en faveur d'une étiologie bacillaire.

Il serait inutile de rappeler les périodes par lesquelles est passée l'histoire de la fistule anale. La tuberculose, cause évidente pour les anciens auteurs, a été discutée, presque niée, comme étant à la base de la génèse des fistules et des abcès de l'anus. Nous avons voulu nous faire une opinion sans aucune idée préconçue. Il est évident que les avis sont très partagés à ce sujet. Cela tient vraisemblablement à ce qu'il n'y a pas de test précis, pas de critère absolu, exempts de toute objection, pour signer la nature tuberculeuse d'une façon certaine. Les divers auteurs ont essayé de grouper plusieurs données et, se basant sur ces fils conducteurs, ont appelé tuberculeuses toutes les fistules qui présentaient ce groupement symptomatique. Malheureusement, tous ne sont pas d'accord, tous ne s'appuient pas sur les mêmes tests, d'où des résultats divergents et des pourcentages extrêmement variables :

— Arsonneau, en 1901, donnait le chiffre de 80 à 90 % ;
— Hartmann et Lieffring trouvaient la tuberculose 7 fois sur 12 ;
— Henri Hartmann, en 1931, indiquait 50 %.

Les auteurs modernes donnent les résultats suivants :

— Pitanga Santos 4,16 %. Ce chiffre n'ayant de valeur, pour lui, que chez les tuberculeux pulmonaires ;
— Fansler les estime à 2 % environ ;
— Kaufmann nie, dans l'immense majorité des cas, l'origine tuberculeuse de l'affection.

Au Docteur HENRY

Que je remercie particulièrement de m'avoir confié le travail de cette thèse et dont les conseils et l'amabilité m'ont été d'un précieux concours.

Au Docteur J. BRETEY

Chez qui j'ai trouvé une aide et une compréhension bienveillantes et qui m'a permis d'avoir des documents d'une importance et d'une exactitude remarquables.

A Monsieur le Professeur Agrégé Ch. DEBRAY

Au Docteur GUTMANN

Au Docteur THALY

Pour l'aide qu'il m'a apportée dans le choix des malades ; avec mes sincères remerciements.

Au Docteur LE MINOR

Seule, l'inoculation au cobaye du pus ou du broyat de fistule paraît être le test le plus sûr et le plus exempt de critique. Mais ici encore, la notion de tuberculose pauci-bacillaire est venue ajouter à ce problème un autre aspect.

Nous verrons que les chercheurs, tant français qu'étrangers, se sont ingéniés à trouver des méthodes d'inoculation et d'activation permettant d'obtenir des résultats positifs sur une plus grande échelle et de détecter des affections tuberculeuses que les techniques précédentes ne pouvaient prétendre déceler.

Aux examens pratiqués par les auteurs, en général, nous avons apporté, autant qu'il nous a été possible de le faire, des examens supplémentaires :

Nous avons mesuré la vitesse de sédimentation aux différentes périodes évolutives de la fistule et nous avons demandé une formule sanguine, un examen anatomo-pathologique du trajet fistuleux, une inoculation au cobaye, une culture sur milieu de Lœwenstein.

Ce sont ces différents examens, en plus de l'examen clinique, que nous allons passer successivement en revue en y dégageant pour chacun d'eux les points importants et les résultats obtenus avant de les discuter et d'établir notre conclusion.

Chapitre Premier

LA CLINIQUE

1° Le Sexe et l'age :

Le Monnier, en 1686, avait déjà remarqué certains points particuliers relatifs à cette question. Il disait :

« On peut dire que de tout temps et en tous lieux, qu'en tous les sexes et tous les âges, elle a été, sans distinction, le fléau secret de tous ceux qui en ont été surpris et nous sçavons, par de récentes et sensibles expériences, qu'elle n'entre pas moins dans les superbes palais que dans les cabanes et que les plus grands seigneurs comme les plus simples bergers y sont également exposés. »

En ce qui concerne le sexe, Bryant constate que pour 462 fistules chez l'homme il n'y en a que 74 chez la femme.

Greffath donne le chiffre de 1 femme pour 61 cas.

Quénu et Hartmann donnent la proportion de 9 femmes pour 75 hommes.

Dans notre statistique comptant 20 fistules et abcès, nous trouvons 3 cas apparus chez la femme. On constate, cependant, en sériant d'une part

les fistules et les abcès d'autre part, que nous avons observé 2 abcès chez la femme et 3 abcès chez l'homme, tandis que, parmi les 15 autres cas, ne comprenant que des fistules, 14 sont apparus chez l'homme et 1 chez la femme. On peut donc dire avec Cabanié que « c'est une affection de l'homme et rarement de la femme ».

Quant à l'âge, il est admis de façon générale que c'est une maladie de l'adulte. D'après Henri Hartmann, elle serait plus fréquente entre 30 et 50 ans ; 93,9 % entre 20 et 60 ans pour Buie. Rare dans la vieillesse, elle ne se rencontre qu'exceptionnellement avant 10 ans.

Parmi nos malades atteints de fistules, 11 cas sur 15 ont entre 20 et 50 ans, soit environ 73 % ; 3 malades avaient entre 50 et 60 ans ; 1, plus de 60 ans. Soit, au total :

— entre 20 et 50 ans ..... 73 %
— entre 50 et 60 ans ..... 20 %
— au-dessus de 60 ans, environ 7 %

Pour les cas compris entre 20 et 60 ans, notre statistique donne le pourcentage de 93,3 %, chiffre absolument comparable à celui de Buie. En ce qui concerne les abcès de la marge de l'anus, qu'ils soient chez l'homme ou chez la femme, ils sont tous apparus entre 20 et 50 ans.

2° La clinique proprement dite :

a) *Les débuts cliniques :*

Ils sont très variables. On peut cependant distinguer quatre modes de début.

— La fistule peut se constituer d'une façon absolument *latente*. Aucune douleur, seulement, parfois, une légère sensation de gêne. Le malade ne remarque rien d'anormal par ailleurs, jusqu'au jour où il constate un écoulement qui l'amène à consulter ou une petite tuméfaction qui l'inquiète (observations 1, 10, 20).

— A l'opposé, ce sont des signes plus ou moins bruyants. Principalement, la *douleur* marque le début d'un abcès en voie de constitution ou déjà formé, mais que le malade néglige. Tous les degrés de la douleur peuvent se voir :

— parfois très supportable, elle inquiète peu le malade (observations 2, 16, 17) ;

— parfois, au contraire, très vive (observations 6, 8, 9, 12, 14), pouvant même amener une véritable impotence, gênant la marche, rendant la station assise très pénible.

Cette douleur, en général, n'irradie pas. Elle reste locale, s'intensifie au moment des selles mais se différencie nettement de la douleur fissuraire, permanente, lancinante, pouvant même empêcher le sommeil.

— L'écoulement peut être le premier signe, peu abondant tout au début, régressant au bout de quelques jours, après s'être constitué de façon totalement latente (observation 1), ou continuant, en s'exagérant, et souvent même s'accompagnant de phénomènes généraux plus ou moins marqués et même de douleurs (observation 13).

— Les phénomènes généraux peuvent enfin ouvrir la symptomatologie d'un abcès ou d'une fis-

tule de la marge de l'anus. Plus ou moins marqués, ils se composent, en général, de fatigue, d'anorexie, d'amaigrissement, de sueurs nocturnes, d'une température rarement élevée et ne dépassant guère 38°, de diarrhée. Aucune systématisation n'est possible, tous ces signes peuvent se voir groupés, ils sont alors très intenses et très marqués. Ils peuvent se rencontrer de façon dissociée avec prédominance de l'un d'entre eux (observations 4, 7, 15).

En outre, ils s'associent fréquemment avec un autre mode de début, en général avec un écoulement ou avec la douleur (observations 3, 11, 18, 19). Il n'est pas fréquent de voir les malades à cette période. Ils viennent, en général, consulter en pleine période d'état. Quelquefois, cependant, lorsque ces signes sont d'emblée très intenses, ils viennent plus précocement, mais ce n'est pas la règle.

b) *La période d'état :*

Les signes de la période d'état sont évidents et ne prêtent à aucune discussion. D'une façon générale, on découvre, en déplissant la peau, l'orifice externe d'où on peut faire sourdre une petite goutte de sérosité ou de pus.

Le toucher rectal permet de sentir une zone empâtée, indurée, parfois douloureuse. Lorsque la fistule est en poussée aiguë, le sphincter anal est alors dur, contracté et on ne peut le forcer qu'avec difficulté (observation 15). Enfin, l'exploration au stylet permet de juger de la formation du trajet.

Tout ceci est suffisamment connu pour que nous passions rapidement, ce qui nous permettra d'examiner un peu plus attentivement l'aspect de l'orifice et de l'écoulement.

1° ASPECT DE L'ORIFICE.

Trois types sont à envisager :

C'est tout d'abord une zone largement décollée, siégeant sur une région avoisinant l'orifice anal. Les bords en sont violacés ou rosés ; le fond est bourgeonnant, sale, grisâtre. Autour de cette région, la peau apparaît épaissie, comme infiltrée, souvent de coloration normale, peut-être cependant un peu lisse (observations 3, 4, 9, 14, 16).

A un degré moindre, la zone décollée est beaucoup plus limitée : le décollement n'étant que partiel, pour ainsi dire, affectant une portion d'arc de circonférence ; c'est, en général, la partie la plus externe qui se trouve ainsi séparée des parties sous-jacentes. La peau est de coloration normale, le fond rosé, comme lavé. Parfois autour de l'orifice peuvent se trouver quelques petites formations papillomateuses (observations 1, 6, 15).

Enfin, on peut observer des aspects allant de l'orifice presque ponctiforme duquel on a de la difficulté à faire sourdre quelques gouttes de sérosité, jusqu'à l'aspect légèrement tomentueux sans qu'il y ait toutefois de décollement appréciable (observations 2, 8, 10, 11, 13, 20).

Il existe entre eux tous les degrés dont il serait impossible, dans ce travail, de décrire chaque type.

2° LE PUS :

Parfois très abondant (observations 1, 3, 4, 9, 13, 15), surtout dans les fistules à bords décollés, violacés. Il est, dans ce cas, souvent mal lié, épais, tachant le linge et nécessite, souvent, de la part du malade, des soins constants qui lui sont très désagréables. L'examen au microscope ne montre pas

toujours de germes ; parfois on ne constate que des polynucléaires altérés. On trouve, de plus, d'autres éléments cytologiques : mononucléaires et débris cellulaires (observation 16). Les germes, lorsqu'on en trouve, peuvent être très variables. Les différents auteurs signalent, souvent, la présence du colibacille. Dans deux cas (observations 15, 16), il a été trouvé du staphylocoque sans que l'on puisse, d'une façon absolue, retenir ce germe comme étant à la source de l'affection.

En général, les petites fistules donnent difficilement naissance à un pus abondant. Il s'écoule un séro-pus dont on a du mal à recueillir quelques gouttes (observations 10, 17, 20).

Quant aux abcès de la marge de l'anus, le pus y est très souvent abondant (observations 5, 12, 15, 19). En général, il s'agit d'un pus franc dont on n'arrive pas toujours à mettre un germe en évidence à l'examen direct (observation 5).

Nous verrons au chapitre des cultures les résultats que nous avons obtenus avec ce moyen d'investigation que nous avons pratiqué chez trois de nos malades (observations 5, 10, 16).

c) *évolution :*

Dès le moment où la fistule est constituée, deux évolutions sont alors évidentes :

Certaines fistules continuent à suinter plus ou moins abondamment, de façon *permanente*, obligeant le malade à se garnir pendant plusieurs semaines de suite si une intervention n'est pas faite (observations 2, 3, 4, 14, 16, 18).

D'autres, au contraire, ont une évolution *discontinue*, subissant des poussées intermittentes pen-

dant un temps relativement fixe chez une même personne : alternatives de plus ou moins longue durée d'écoulements et de repos, voilà le caractère principal de cette évolution (observations 1, 8, 9, 10, 13, 15, 20). Un point particulier à cette forme c'est sa coïncidence avec des variations parallèles de l'état général : à chaque poussée évolutive on voit apparaître un cortège plus ou moins complet fait de fatigue, anorexie, insomnie, sueurs nocturnes abondantes, température, amaigrissement. Ces signes existent également dans notre premier groupe d'observations où on les retrouve de façon permanente. On peut les interpréter comme étant la conséquence de l'activité nouvelle de la fistulé. Cependant, souvent, il y a, d'abord, fléchissement de l'état général et, ensuite, après un laps de temps assez court, nouvel écoulement de la fistule. L'observation 13 est intéressante à ce sujet. Le malade, lui-même, pouvait, sans erreur, déterminer le moment où sa fistule reprendrait son activité en se basant sur la fatigue que lui provoquait son travail. Il est évident que ce cas montre que certaines fistules peuvent refléter assez fidèlement le degré de santé et de résistance d'un individu. A cette forme évolutive, se rattachent les abcès de la marge de l'anus qui, eux aussi, présentent des alternatives de calme et de poussée tout à fait caractéristiques (observations 5, 7, 12, 17, 19).

Tôt ou tard, le malade vient consulter ; la décision opératoire est prise. Deux cas sont alors à envisager :

— les uns guérissent et cicatrisent leur plaie opératoire en un temps relativement court. La plaie se referme sans difficulté, très facilement,

sans vice, sans bourgeonnemnt, sans récessus (observations 8, 10) ;

— d'autres, au contraire, traînent pendant des semaines et même des mois, avec des bourgeonnements accessoires, nécessitant parfois nitratages et résections supplémentaires. Un suintement secondaire vient encore troubler la bonne marche de l'évolution, l'état général ne reprend que lentement, le malade restant fatigué, gagnant peu de poids, mangeant peu et sans appétit (observations 4, 6, 9, 15, 16).

Il ressort de notre étude clinique que, d'après les vingt cas que nous avons observés, différents points sont à mettre en évidence, nous réservant, par la suite, de confronter et de discuter ces remarques en concordance avec les autres résultats que nous avons obtenus lors de nos examens. Ce sont principalement :

— l'âge des malades ;

— la fréquence avec laquelle l'état général est fortement touché dans les fistules et les abcès, même à la période de tout début et la lenteur avec laquelle il s'améliore au cours de l'évolution des fistules opérées. Cette chute de l'état général n'est pas toujours la conséquence de la suppuration et de la fistule. Mais elle apparaît et conditionne, parfois de façon très nette, l'évolution de la fistule et de ses poussées. La cause de ce fléchissement de l'état général doit être ainsi recherchée ailleurs que dans la lésion locale ;

— l'aspect de l'orifice et du pus ;

— la lenteur de cicatrisation de certaines fistules et l'aspect même de cette cicatrisation qui est bien souvent troublée (bourgeonnement, recessus, suintement, etc...).

Chapitre II

LA VITESSE DE SÉDIMENTATION ET LA FORMULE SANGUINE

1° La vitesse de sédimentation

Afin de nous permettre des mesures plus fréquentes, nous avons mesuré la vitesse de sédimentation globulaire en inclinant le porte-tubes à 45° sur l'horizontale. Le prélèvement a été effectué normalement en mélangeant dans la seringue 0,4 centimètre cube de citrate de soude à 1,6 centimètre cube de sang. Cette méthode nous a permis de lire les résultats toutes les quinze minutes. Nous ne discuterons pas la valeur de cette méthode. Ce que nous avons recherché surtout c'est de voir quelles étaient les modifications de la vitesse de sédimentation dans la fistule et au cours de son évolution. Plusieurs points sont importants à relever :

1°) Il y a un fait indiscutable, c'est *l'accélération de cette vitesse de sédimentation.* Les chiffres oscillent après le premier quart d'heure autour de 25 mm. ;

après une demi-heure, autour de 40 à 45 mm. ;
après 3/4 d'heure, autour de 50 à 60 mm.

Ce ne sont, évidemment, que des chiffres

moyens. Dans certaines observations (4, 10, 11), les chiffres sont beaucoup moins élevés et oscillent autour de 12 mm. pour le premier quart d'heure,

35 mm. au bout d'une demi-heure,

45 à 50 mm. après trois quarts d'heure.

Dans d'autres, au contraire (observations 3, 5, 7, 13, 14, 16, 20), on obtient :

au bout d'un quart d'heure, une demi-heure et trois quarts d'heure, respectivement 30 à 35 mm., 50 à 60 mm., 65 à 80 mm.

Si l'on compare, dans ces deux cas, les chiffres avec la clinque, on s'aperçoit que, dans le premier groupe, on se trouve loin d'une poussée évolutive et que l'état général est assez satisfaisant ; dans le deuxième cas, l'état général est très déficient ou la poussée évolutive de la fistule ou de l'abcès est récente.

2°) *Le manque de corrélation existant entre l'aspect de l'orifice et le degré d'accélération de la vitesse de sédimentation.*

Dans l'observation 4, par exemple, où le décollement est très étendu, la vitesse de sédimentation n'est que peu accélérée alors que dans l'observation 13 la vitesse de sédimentation est très rapide tandis que le malade ne présente qu'une fistule de bien moindre importance.

3°) *La fidélité de la vitesse de sédimentation avec les fluctuations de l'état général* : véritable jauge de l'état physique du malade.

Dans l'observation 5, nous voyons que, après la première incision de l'abcès, l'état général était assez précaire, la vitesse de sédimentation était assez élevée. Une reprise de l'abcès survient, l'état général

est encore plus faible, la vitesse augmente. Le 28 janvier 1948, l'abcès régresse, l'état général remonte, l'accélération de la vitesse diminue notablement.

Le même cas se retrouve, avec autant de netteté, dans l'observation 15.

Dans d'autres cas (observation 1, par exemple), l'état général reste stationnaire du 29-10-47 au 12-11-47, la vitesse reste identique à elle-même, quoique l'ablation du trajet fistuleux ait eu lieu le 5 Novembre 1947.

4°) *Malgré l'opération, malgré la bonne cicatrisation de la plaie opératoire, la vitesse de sédimentation reste encore élevée.* Ce n'est que lorsque la cicatrisation est terminée depuis un certain temps que le ralentissement de la vitesse s'observe. Nous ne donnerons qu'un exemple pour simplifier l'exposé, celui de l'observation 8. Ce n'est que 15 jours après la cicatrisation que la vitesse s'est considérablement ralentie. Cette particularité se retrouve dans d'autres cas observés avec une réelle fréquence.

Si nous voulons résumer les données fournies par la vitesse de sédimentation globulaire, nous dirons qu'elle :

— n'est pas proportionnelle à l'étendue de la fistule ;

— suit de beaucoup plus près l'état général du malade tant au cours de l'évolution de la fistule et de ses poussées qu'après l'intervention et la cicatrisation de la plaie opératoire.

2° La Formule sanguine

Il y a deux cas à considérer, suivant que la fistule ou l'abcès forment à eux seuls l'affection observée ou qu'ils s'accompagnent d'une autre atteinte et en particulier d'une tuberculose pulmonaire. Disons tout de suite qu'elle est bien moins intéressante dans ce deuxième cas où on est très embarrassé pour rattacher les modifications apportées à la formule à l'une ou l'autre cause.

1°) Il existe avec la fistule une autre atteinte et en particulier une tuberculose pulmonaire.

Ce sont les cas des observations 1 et 14. Les deux malades ont tous deux un pneumothorax entretenu par insufflations et sont traités, depuis 1944 pour le premier, 1943 pour le deuxième.

Dans le premier cas (observation 1), le chiffre des polynucléaires est légèrement abaissé à 60 %. Pour le deuxième cas, on note une polynucléose (80 % de polynucléaires). Les deux cas sont en réalité dissemblables : dans l'observation 1, la sécrétion purulente est, certes, abondante mais ne représente pas le même caractère que dans l'observation 14, où les germes de surinfection y sont nombreux. Ce malade étant venu le 18 janvier 1948 avec un aspect presque cachectique tel que l'opération a été différée.

2°) Plus intéressantes sont les formules de l'autre catégorie de malades (observations 2, 4, 7, 8, 9, 10, 15, 19), où on ne trouve pas, à l'heure actuelle, de coexistence de bacillose pulmonaire.

La formule de Monsieur C... (observation 2) ne montre rien d'anormal : le malade a été opéré de-

puis plus d'un mois. Il en est de même de Madame T... (observation 7) : aucune suppuration n'est collectée ; on ne note qu'un empâtement de la région, sans plus. La formule de l'observation 15 est, elle aussi, normale.

Les formules des observations 8 et 10 montrent une légère tendance à la polynucléose.

Dans trois cas, nous avons obtenu des formules nettement modifiées :

Dans l'observation 4 : pas de modifications de la leucocytose. On note seulement une diminution des polynucléaires (58 %) avec une prédominance de la formule hyaline (38 % de moyens mononucléaires et de lymphocytes).

Dans l'observation 9 : leucopénie marquée à 4.200. Le chiffre des polynucléaires est à 50 %, et 43 % celui des lymphocytes et moyens mononucléaires.

Dans l'observation 19 : leucopénie marquée, également à 4.200. Polynucléaires 46 %, et 48 % de lymphocytes et moyens mononucléaires.

Cette chute leucocytaire et cette tendance à la prédominance des éléments hyalins est toutefois à retenir.

Chapitre III

L'HISTOLOGIE

Cette question de l'histologie de la fistule anale a été âprement discutée. Le problème repose sur le fait de savoir si les cellules géantes sont une preuve de tuberculose.

— R. Kaufmann, dans 54 cas, trouve 6 fois la présence de cellules géantes sur les coupes. Dans trois cas, dit-il, il s'agissait bien de tuberculose, les trois autres cas ayant guéri, l'auteur en rejette l'origine tuberculeuse. Cependant, R. Kaufmann donne, à la présence des cellules géantes dans les trajets fistuleux, une place dans sa triade à côté du mauvais aspect de la fistule et de la présence de tuberculose pulmonaire.

— Cabanié cite 5 observations sur 7 examinées où il a été constaté des cellules géantes à l'histologie à côté d'aspects de tubercules caséifiés, d'amas caséeux ou des follicules tuberculeux. Dans deux observations, une histologie typique de tuberculose coïncidait avec une cuti-réaction à la tuberculine et une inoculation négatives. L'auteur rapporte cette discordance au fait que la tuberculose n'était pas très active.

— Delbet et Bréchot remarquent que les fistu-

les tuberculeuses peuvent présenter deux types soit des infiltrations cellulaires diffuses parsemées de cellules géantes et pauvres en vaisseaux perméables, soit des formes à dispositions nodulaires avec couronnes de cellules épithélioïdes (H. Hartmann).

— Au point de vue des résultats, les auteurs américains Buie-Smith-Jackmann ont montré que, si l'on ne s'appuie que sur les examens histologiques, on aura des résultats en moins. C'est-à-dire qu'on laisera passer, par cette méthode, des cas où la tuberculose est en cause.

Voyons les résultats que nous avons obtenus par l'examen de nos fistules.

— L'observation 4 ne prête à aucune interprétation. L'histologie a montré des follicules tuberculeux dans un tissus lardacé. L'origine bacillaire ne fait aucun doute.

— L'observation 8 ne montre rien d'autre que des cellules diverses et banales avec prédominance de sclérose.

— L'observation 9 montre, en dehors de cellules banales, quelques plasmodes sans qu'on puisse trouver d'organisation folliculaire. Pas de bacille de Koch à l'examen direct.

— L'observation 15 montre de larges zones inflammatoires, bourrées de polynucléaires, de lymphocytes et de cellules géantes à bordure scléreuse. Pas d'organisation folliculaire de type tuberculeux. Le réticulum est abondant en réseau serré. Cette description se rapproche énormément de la forme disséminée décrite par Delbet et Bréchot. L'abondance des cellules géantes est tout de même un fait à noter.

Donc, sur les quatre examens que nous avons fait pratiquer, un conclut de façon catégorique à la présence de follicules tuberculeux ; dans un autre cas on a trouvé des cellules géantes nombreuses. Dans les deux autres cas, l'examen n'a apporté qu'une image de tissu sclérosé.

L'anatomo-pathologie nous donne donc :

— 1 résultat indiscutablement positif.
— 1 résultat positif discutable.
— 2 résultats négatifs.

Chapitre IV

LA CULTURE SUR MILIEU DE LOEWENSTEIN ET L'INOCULATION AU COBAYE

1°) La culture sur milieu de Loewenstein

Nous ne décrirons pas la technique employée, car elle ne présente aucune particularité. Nous citerons seulement les résultats que nous avons obtenus dans les cas où nous avons eu recours à elle.

En faisant pratiquer des cultures de broyats de fistules ou de pus, nous avons voulu rechercher si ce moyen nous donnerait des indications différentes de celles de l'inoculation au cobaye.

Il ne semble pas que cette méthode soit plus sensible. Dans la technique employée par l'Institut Pasteur, elle nous a servi de complément comme nous le verrons dans les cas douteux où le cobaye est mort avant d'avoir pu donner une réponse : la culture de la rate et des ganglions mésentériques est alors pratiquée.

Dans l'observation 5, le pus de l'abcès, lors d'une poussée évolutive, a été prélevé ; une première culture sur milieu normal n'avait pas montré la présence de germes, ce qui nous a fait pratiquer un examen plus approfondi. Nous avons recherché s'il ne serait pas possible d'obtenir un renseignement

par la culture de ce pus sur milieu de Lœwenstein. Le résultat a été négatif.

Dans les observations 10 et 15, la culture a été négative.

2°) L'inoculation au cobaye

Au début, les auteurs ont injecté dans le péritoine du cobaye du pus ou des broyats de fistules afin d'avoir une preuve irréfutable de la nature tuberculeuse de cette lésion.

Les résultats ont été divers.

Henri Hartmann et Lieffring, sur 12 cas d'abcès chauds, dont le pus a été inoculé au cobaye, constatent 7 fois la présence de bacilles de Koch ; donc dans 58,2 % des cas.

Cabanié pense que, si la constatation des cellules géantes est un test comportant une marge d'erreur par excès, l'inoculation au cobaye offre, par contre, des causes d'erreur par défaut. Il préconise l'injection très large au cobaye et conclut qu'avec les méthodes nouvelles, permettant de déceler les infections pauci bacillaires et celles dues à l'ultravirus, c'est le test le plus sûr de la nature bacillaire des fistules anales. D'après sa propre statistique, il a obtenu 2 résultats positifs sur 10 inoculations pratiquées, soit 20 %. Malheureusement, l'auteur ne décrit pas la technique employée.

Buie, Smith, Jackmann, aux Etats-Unis, ont mis au point une technique d'inoculation dont voici les grandes lignes :

La fistule, une fois broyée, est mélangée avec

du sérum salé et inoculée à un cobaye par voie intra péritonéale et à un deuxième cobaye par voie sous-cutanée.

Si les cobayes meurent avant la 3e semaine, sans lésion, le test n'a pas de valeur.

Si un cobaye meurt après trois semaines et s'il n'a pas de lésion, le test est négatif.

Si les animaux sont vivants à la fin de la quatrième semaine, celui qui a reçu l'injection intra péritonéale reçoit une injection sous-cutanée de 0,5 centimètre cube de tuberculine. S'il meurt, le test est positif et on trouve des lésions.

Sur 206 cas étudiés ainsi, les auteurs ont obtenu dans 11,3 % des cas des résultats positifs (dans 6,6 % des cas, les examens histologiques avaient été positifs sans que les auteurs précisent ce qu'ils entendent par test histologique positif).

Nous voyons donc que les résultats sont eux-mêmes variables et dépendent, également, de la méthode employée.

La technique d'inoculation de l'Institut Pasteur a servi dans nos examens. Voici, brièvement résumée, la méthode :

Deux ou trois cobayes sont inoculés et toutes les trois semaines environ on pratique chez l'animal une intradermoréaction avec une dose de un dixième de centimètre cube d'une solution de tuberculine au vingtième. Le résultat positif n'est compté comme tel que si la réaction cutanée est nette et plycténulaire. Si un premier résultat est négatif, une ou deux autres intradermoréactions sont pratiquées après des délais semblables. En cas de mort

du cobaye avant l'injection de tuberculine ou avant la lecture du résultat, la rate et les ganglions de l'animal sont cultivés sur milieu spécial de Lœwenstein.

Tous les examens que nous avons demandés ont été négatifs.

Chapitre V

LA FISTULE ET LES AUTRES AFFECTIONS CONCOMITANTES

Nous allons scinder cette étude en deux parties :

— la première comprenant les cas où existent des antécédents immédiats ou lointains de bacillose ;

— la deuxième sera réservée aux cas qui s'accompagnent d'autres manifestations.

A. — Cas où il existe une bacillose antérieure ou récente

1°) *La bacillose est récente et s'accompagne ou précède de peu la fistule*

Cette coexistence de la fistule et de la tuberculose a été, depuis longtemps, discutée et examinée avec attention.

R. Kaufmann remarque en 1935 que la fistule n'est pas particulièrement fréquente dans les sanatoria de tuberculeux et il ajoute, en se fondant sur 101 observations personnelles, que « les rapports de la fistule avec la tuberculose sont incertains et ces affirmations légères ». Seule, l'évolution, d'après

cet auteur, « peut faire savoir qu'il s'agissait de lésion banale chez un phtisique ».

Si l'on considère la fréquence de la fistule chez le tuberculeux pulmonaire, on voit que le pourcentage n'est que de 5 % (Hartmann, Dougas Powell, Samuel Gant), 4 % (Coock), 14 % (Allingham), 16 % (Greffath).

H. Hartmann, d'autre part, trouve 23 cas sur 48 qui présentaient des lésions pulmonaires, soit près de 50 % des cas.

D'une façon générale, la preuve de la nature bacillaire de la fistule, apparaissant chez un tuberculeux pulmonaire, est difficile à donner. Pour certains auteurs, le fait même que l'on trouve des bacilles de Koch dans les selles ou le pus de la fistule ne prouve pas que ces germes soient la cause de la lésion : les bacilles déglutis étant chose courante chez le tuberculeux en poussée évolutive. De plus les bacilles acido et alcoolo résistants de l'intestin ne sont pas toujours des baciles de Koch (R. Kaufmann-Cabanié). Dans les cas où la tuberculose pulmonaire est évolutive, on trouve fréquemment des pyogènes banaux ; la question se pose, alors, de savoir si ceux-ci sont la cause de la fistule, la tuberculisation étant secondaire, ou si l'inverse est plus vraisemblable. R. Kaufmann ne tranche pas la question : à son avis, le problème est insoluble ou très difficilement résolvable.

Pour M. Hartmann, le foyer serait déjà bacillaire puis secondairement infecté par les pyogènes banaux.

A. Leibinson examine les liens qui unissent la tuberculose pulmonaire et la fistule anale et l'action que peut avoir le traitement (collapsothérapie, tho-

racoplastie, etc...) sur la génèse ou l'évolution de la fistule anale. Il constate que, fréquemment, il y a une coïncidence entre le collapsus poussé dans un bloc pulmonaire et l'apparition d'accidents tels que l'abcès péri anal dont la fistule est la conséquence directe. Dans cette catégorie de fait, l'apparition de l'abcès succède souvent à un tableau de diminution des crachats qui peuvent être, contrairement aux fois précédentes, sans bacille de Koch. Cette fistule, souvent interminable, semble tous les jours évacuer le trop plein de l'infection bacillaire du sujet qui en est atteint. (1)

C'est en effet ce qui se passe dans nos observations 1 et 14. Les deux cas sont absolument identiques. L'abcès et, ensuite, la fistule apparaissent un certain temps après la création d'un pneumothorax entretenu régulièrement. Les bacilles de Koch avaient disparu des crachats au moment où l'abcès et la fistule se sont constitués. L'écoulement est intarissable et, même, il s'est formé de nouveaux abcès comme le montre bien l'observation 14.

Dans l'observation 16, l'atteinte pulmonaire a précédé la fistule de quelques mois, mais aucun collapsus n'a été mis en œuvre. Une seule chose est à noter, qui la rapproche des cas précédents, c'est qu'entre les deux affections une nette période de reprise de l'état général a été constatée.

2° *La bacillose est ancienne et ne coexiste pas avec la fistule et l'abcès*

Ce sont les cas les plus fréquents. Voyons, dans un bref résumé, le détail de nos observations :

---

(1) D'après la Thèse de A. Macaux.

Observation 2. — L'atteinte avait été passagère. Le malade signale un « point de pleurite », alors qu'il était prisonnier de guerre en 1943, suivi, déjà à cette date, d'un abcès de la marge de l'anus qui a évolué pendant six mois avant de s'ouvrir spontanément. Ce n'est que 4 ans après qu'un deuxième abcès puis une fistule sont apparus.

Observation 3. — Tuberculose osseuse en 1943. Traité à Berck pendant un an ; puis adénite cervicale. Deux ans après, apparition d'une fistule.

Observation 6. — Cortico-pleurite droite en août 1945, récidivant en 1947. Hémoptysie le 26 avril 1947, suivie de fistule quelque temps après. La fistule apparaît donc deux ans après la première atteinte.

Observation 7. — Aucune trace de bacillose dans ses antécédents; mais en janvier 1947 la cutiréaction, pratiquée à cette date, avait été négative, alors que celle, faite le 19 novembre 1947, c'est-à-dire 11 mois après, était positive.

Observation 9. — Pleurésie 24 ans avant la fistule.

Observation 12. — Lésion pulmonaire bilatérale en 1926 avec bacille de Koch dans les crachats, c'est-à-dire 14 ans avant son premier abcès de la marge de l'anus.

Observation 13. — Pleurésie gauche en 1918. Son abcès date du 7 janvier 1948, soit 30 ans après la pleurésie.

Observation 16. — En dehors de son affection récente, il est à noter que le malade, « gazé » pendant la guerre de 1914-1918, est resté un bronchi-

tique chronique sans que l'on puisse noter une atteinte bacillaire. Il est vraisemblable cependant, que l'épisode aigu, dont le malade a été victime en novembre 1947, n'était pas une première atteinte mais qu'il faut songer beaucoup plus à une bacillose chronique s'étant constituée petit à petit depuis un laps de temps assez long.

Observation 18. — En 1922, pleurésie gauche traînante se terminant par une hémoptysie. Chaque hiver, « poussée de congestion pulmonaire » et quelques crachats sanglants. On ne sait pas ce qu'il s'est passé antérieurement, surtout durant sa captivité. Réformé en 1920 pour « emphysème pulmonaire ». L'abcès est survenu 22 ans après son atteinte pleuro-pulmonaire.

Observation 19. — Voile au sommet gauche en 1927 ; onze ans avant la fistule.

Pour résumer ce paragraphe, nous voyons que, dans 10 cas sur 20, soit 50 % des cas, on note une atteinte bacillaire antérieure.

B. — Cas s'accompagnant d'une autre atteinte en dehors de la bacillose

Nous ne nous occupons, dans ce chapitre, que des cas où une autre affection coïncide avec la fistule sans nous attacher à relever les affections antérieures qui se sont terminées par leur guérison avant l'apparition de la fistule ou de l'abcès.

Observation 3. — Très intéressante à ce sujet. Ce malade est atteint d'une maladie de Besnier Boëck Schaumann. Il a intéressé bien des services hospitaliers pour cette affection.

La nature de la lymphogranulomatose bénigne, si elle a donné lieu à de nombreux travaux et si son origine tuberculeuse a été fortement mise en doute, a été cependant considérée par J. Schaumann comme une atteinte para tuberculeuse due au bacille bovin ou à un virus filtrant.

Observation 19. — Associée à son abcès actuel et apparue en même temps que lui, on note une kérato-conjonctivite dont l'origine n'a pas été mise en évidence. Cette affection oculaire récidivante est apparue, pour la première fois en 1938 en même temps qu'une fistule anale qui a été opérée. Seule, depuis cette date, la kératite a récidivé pour s'accompagner en 1948 d'un nouvel abcès.

Nous retiendrons de ce chapitre quelques points particuliers :

1°) trois cas sont apparus au décours d'une tuberculose traitée et améliorée ; la fistule coïncidant avec l'amélioration des lésions pulmonaires ;

2°) dans 10 cas on retrouve dans les antécédents plus ou moins éloignés du malade une atteinte bacillaire, pulmonaire en général ;

3°) deux cas de fistule sont accompagnés, l'un d'une lymphogranulomatose bénigne, l'autre d'une kérato-conjonctivite récidivante d'origine indéterminée.

Chapitre VI

DISCUSSION DES RESULTATS OBTENUS

Tous les tests, tous les groupements de signes se basant sur l'aspect de la fistule, sur son trajet, sur la coïncidence ou la non coïncidence d'une bacillose pulmonaire, sur l'histologie, l'inoculation au cobaye, ont été réunis de façon différente par la plupart des auteurs qui ont cherché un critère de l'étiologie tuberculeuse de la fistule anale. Pour ne rappeler que les principaux travaux faits à cet égard, nous passerons en revue ce qu'en pensent divers auteurs.

— Delbet et Bréchot distinguent deux groupes de fistules : les fistules complètes et borgnes internes qui sont des fistules pyostercorales ; les fistules borgnes externes qui sont tuberculeuses. Mais ils ajoutent qu'entre ces deux groupes, il n'y a pas de fossé profond et que des fistules complètes peuvent être tuberculeuses. L'argument décisif, pour ces auteurs est surtout évolutif et ils s'appuient, pour porter le diagnostic de fistules bacillaires, sur le fait que leur évolution est insidieuse, indolore ; à quoi ils ajoutent une restriction en disant qu'il peut y avoir des phénomènes aigus. Dans ce cas, ils tiennent compte de l'aspect de l'orifice et de la peau qui l'entoure. Enfin, si rien ne laisse soup-

çonner l'origine tuberculeuse, ils ont recours à l'examen du pus et à la recherche du bacille de Koch.

— R. Kaufmann ne reconnaît tuberculeuses que les fistules, survenant chez un bacillaire pulmonaire, qui présentent, par ailleurs, un mauvais aspect et dont l'histologie montre la présence de cellules géantes. Il y ajoute, lui aussi, un critère évolutif à savoir : l'incurabilité de la fistule tuberculeuse.

— Pour Cabanié, le meilleur test est l'inoculation au cobaye. En règle, cet auteur conclut à la prudence dans l'interprétation des résultats quels qu'ils soient.

— H. Hartmann se base, également, sur l'aspect de l'orifice de la fistule et ne conclut à l'origine tuberculeuse que s'il y a, à côté, une poche suppurée, développée sans réaction inflammatoire, présentant les caractères d'un abcès froid.

— A. Macaud, dans sa thèse, pense que s'il existe en même temps une tuberculose pulmonaire et une fistule, celle-ci a de fortes chances d'être tuberculeuse. Il se base sur l'évolution plus lente vers la guérison de la fistule tuberculeuse, mais croit, contrairement à R. Kaufmann, que les résultats opératoires sont aussi bons dans l'un et l'autre cas. Pour lui, le critère incontestable est l'inoculation au cobaye.

— M. Rey, dans un article récent, dit textuellement « la nature tuberculeuse de la fistule est relativement peu fréquente et même chez un tuberculeux pulmonaire on ne pourra l'affirmer qu'après examen microscopique d'un fragment tissulaire ».

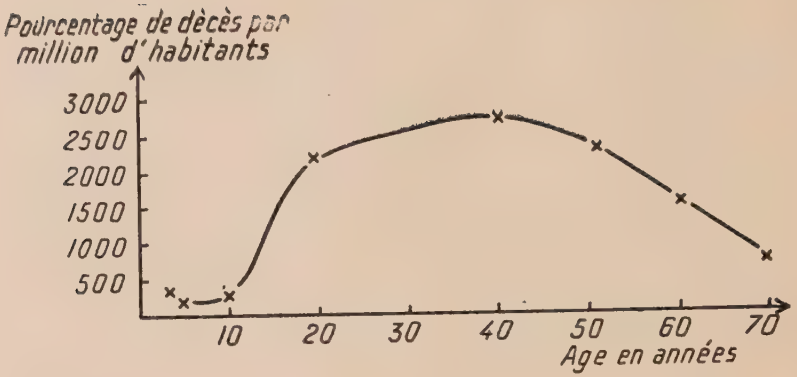
Il est tout d'abord un fait à signaler c'est que les différents auteurs ont délaissé une donnée qui paraît importante et qui est fournie par la clinique, non pas en temps qu'examen de la lésion locale, mais en examinant l'état général proprement dit du malade atteint de fistule.

Le Monnier, en 1689, avait remarqué déjà ce fait et l'exprime ainsi :

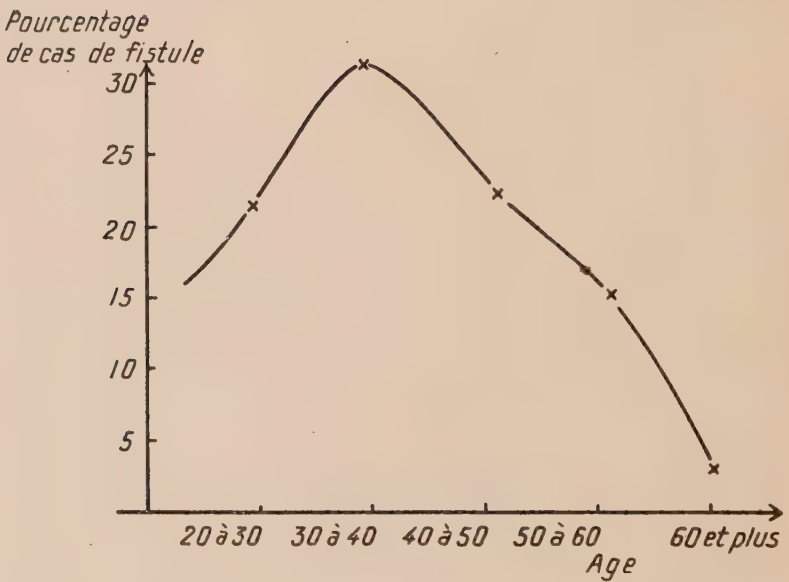
« Leur évolution (de la fistule) est assez sévère lorsqu'elles s'attachent à un corps maigre de mauvaise habitude et qui se trouve avancé sur le retour d'autant que la nature est alors dans l'impuissance de réparer par ses soins la perte qu'elle fait incessamment de la substance nécessaire à l'entretien de ses parties. Elles se rendent un peu plus traitables quand le sujet est jeune, d'un louable tempérament, qui passe la force et la vigueur de ses années dans la sagesse et la continence. »

Nous allons reprendre les points saillants que nous avons mis en évidence dans les chapitres précédents et examiner, pour chacun d'eux, ce que nous devons en penser et ce qu'ils peuvent nous apporter vis-à-vis de l'étiologie tuberculeuse des fistules :

Les résultats globaux montrent qu'au point de vue de l'âge des malades le maximum de fréquence des fistules est entre 30 et 40 ans. Si nous regardons la courbe parallèle de la fréquence de la tuberculose pulmonaire, nous constatons que le maximum est environ autour de 30 et 40 ans également. La courbe de mortalité par tuberculose évolutive donne évidemment le même maximum entre 30 et 40 ans. Ce n'est là qu'une simple comparaison de statistiques et il ne faut pas lui faire jouer un autre rôle.



Courbe de morbidité et de mortalité par la tuberculose pulmonaire



Courbe de la fréquence de la fistule suivant l'âge (d'après nos cas observés)

Parmi tous les signes généraux et fonctionnels, la latence signalée par divers auteurs ne doit être retenue que dans une certaine mesure. Il est, par ailleurs, admis que les germes banaux interviennent dans les fistules et abcès de la marge de l'anus. Dans notre courte étude, nous avons eu deux cas singulièrement démonstratifs à ce sujet. Dans nos observations 15 et 16, le pus avait montré, à l'examen direct, la présence de germes banaux. La culture, dans le cas 16, avait trouvé le staphylocoque également. C'est évidemment autour de ce fait que de nombreuses discussions se sont produites et certains auteurs n'ont pas admis que, même si l'on trouve le bacille tuberculeux dans le pus, on puisse considérer ce germe comme l'agent producteur de la lésion. Il est un fait certain c'est que la surinfection par des germes banaux est évidente et fréquente. Les traitements que nous avons donnés en poussées aiguës de la fistule et de l'abcès le montrent d'une façon certaine. L'action de la pénicilline a été, pour ne citer que deux exemples, efficace dans les cas 5 et 15. Or, quelques semaines après ce traitement, lors d'un nouvel abcès (observation 5), l'examen du pus n'a pas montré de germe. Quelle était, alors, la cause de la fistule ? La surinfection intervenant plus ou moins rapidement, la constatation d'une suppuration ayant le caractère d'abcès chaud n'enlève rien à une étiologie possible bacillaire surtout que, s'il y a phase de latence initiale, elle a bien pu passer totalement inaperçue.

L'état général du malade est assez fréquemment touché dans nos observations. Asthénie, anorexie, légère température même, sueurs nocturnes, amaigrissement sont associés de façon nette et indiscutable. Comme nous l'avons déjà montré, ce n'est

pas toujours la fistule qui en est la cause : les poussées évolutives pouvant même s'harmoniser avec la baisse de résistance générale de l'individu. Dans ce cas, à quoi est due cette chute de l'état général du malade ? Aucune autre cause n'est décelable. De plus l'état général s'améliore alors que la fistule est toujours en activité et précède de quelques jours son tarissement. Nous ne pouvons pas parler de coïncidence, ayant retrouvé ce phénomène non seulement dans plusieurs observations, mais aussi plusieurs fois de suite dans une même observation. Ce signe a certainement une grosse valeur et associé à plusieurs autres, il peut faire pencher fortement la balance en faveur de la bacillose, surtout lorsqu'il précède l'apparition ou la poussée d'une fistule et qu'il est très marqué.

La valeur de ce signe nous apparaît d'autant mieux que la vitesse de sédimentation est augmentée et que, comme nous l'avons déjà précisé, elle ne baisse pas avec la guérison opératoire de la fistule. Nous interprétons cette mesure comme étant plus liée à l'état général du malade qu'à la lésion elle-même, voulant dire par là que nous ne l'intégrons pas dans la clinique de la fistule et ceci d'autant plus que l'accélération de la vitesse de sédimentation n'est pas proportionnelle à l'importance de la lésion.

R. Kaufmann pense que la fistule tuberculeuse ne guérit pas. Macaud, dans sa thèse, est d'avis contraire, mais il ajoute que la cicatrisation est plus lente en cas de fistule tuberculeuse. Nous n'entrons pas dans ce débat mais nous pensons que la fistule tuberculeuse est susceptible de guérir : L'observation 4 nous en a fourni la preuve. Quant à l'évolution, nous nous rangeons tout à fait à l'opinion de Macaud.

L'aspect de l'orifice de la fistule a, pour les auteurs, une assez nette importance. Nous avons rencontré des cas où l'aspect était vraiment impressionnant tant par son étendue que par sa coloration et son apparence sanieuse et sale. Ce critère a de la valeur, à notre sens, si la fistule est jeune et s'il n'y a pas eu de poussées évolutives successives trop nombreuses ; car dans ce cas on ne peut rien dire : une suppuration prolongée et récidivante peut donner des aspects tomentueux, bourgeonnants où il est difficile d'analyser avec précision tous les caractères de l'orifice,. De plus, des fistules avec un orifice petit et propre peuvent être tuberculeuses (Cabanié).

Le pus, par son aspect et son abondance, peut faire penser à la tuberculose. Mais ici encore la notion de poussées et de surinfection qui en découle est indispensable. Certaines fistules, a priori non tuberculeuses, lors d'une poussée évolutive, peuvent sécréter beaucoup, alors que le pus de fistules effectivement tuberculeuses et surinfectées peut être d'abondance relative.

La formule sanguine examinée en poussée évolutive nous donne certains renseignements. Si elle peut être celle d'une infection aiguë, ce qui n'est pas pour nous surprendre d'après ce que nous venons de dire, nous avons constaté que dans trois cas il y avait une nette déviation vers la lignée lymphocytaire et moyen mononucléaire, ce qui est en faveur de la bacillose.

Quant à l'examen histologique, nous admettons, avec les auteurs, que la cellule géante n'est pas une preuve suffisante pour porter le diagnostic de fistule tuberculeuse. C'est seulement un signe de présomption. Mais, de même que nous allons l'examiner

pour les autres épreuves de laboratoire, dans une fistule qui évolue depuis un certain temps on aura peu de chance d'en trouver. Seul, l'examen précoce du trajet donnerait une plus grande valeur diagnostique à la présence de ces cellules. En effet, si la fistule qui ne s'accompagne pas de bacillose pulmonaire est tuberculeuse, ce n'est certes pas d'une tuberculose très évolutive qu'il s'agit. C'est une atteinte pauci bacillaire. Les diverses phases par lesquelles sont passées les inoculations au cobaye le prouvent. Seul test irréfutable, signant la tuberculose, les auteurs ont pensé que, s'il n'y avait pas de résultats plus souvent positifs, cela tenait, peut-être, à ce que le pus de la fistule était peu riche en bacilles et qu'il était très difficile de les mettre en évidence. D'où des essais pratiqués dans divers pays pour essayer de dépister les affections tuberculeuses pauci bacillaires et à ultra-virus. Les résultats ont été évidents et leur pourcentage positif a augmenté avec le perfectionnement des méthodes d'inoculation.

Un autre point de vue est à considérer. Il faut, pour avoir plus de résultats positifs, prendre des fistules jeunes ou en forte poussée évolutive. Cela laisse supposer que la présence du bacille de Koch est discontinue. Il se passerait en quelque sorte une première atteinte par le bacille dans la région anale, atteinte pauci bacillaire. Par la suite, la fistule évoluerait pour son propre compte, ensemencée par des germes banaux et par le retour, au moment des poussées, des bacilles de Koch. Deux conséquences en découlent immédiatement, à savoir que :

— l'histologie qui n'est pas pratiquée à ces moments donnera moins de résultats positifs que l'inoculation au cobaye (Buie, Smith,

Jackmann). Les bacilles de Koch disparaissant des foyers fistuleux, les images constatées tardivement ne pourront être que des images de sclérose, témoin d'une infection chronique sans pouvoir en préciser l'origine;

— certaines divergences seront constatées tant dans les examens locaux que généraux.

Si donc, le résultat positif obtenu par l'inoculation au cobaye et la culture est un test certain, on doit être très prudent avant de rejeter définitivement comme non tuberculeuses les fistules où ces examens auraient été négatifs. Ceci n'est pas un fait particulier à la fistule et la même prudence est un fait depuis longtemps acquis dans la recherche des bacilles de Koch dans des crachats suspects, par exemple. Parmi toutes les épreuves de laboratoire, parmi tous les signes que l'on peut recueillir par un examen attentif du malade, il faut bien le dire, aucun, pris séparément, ne sont aptes à juger de façon certaine la nature tuberculeuse de toutes les fistules. Si la valeur de certaines d'entre elles (et en particulier l'inoculation au cobaye) sont incontestables lorsqu'elles sont *positives*, elles n'ont dans le cas contraire aucun pouvoir spécial pour éliminer la tuberculose de l'étiologie de la fistule examinée. Et ceci d'autant plus que la tuberculose est une maladie dont les aspects sont des plus variés et des plus variables.

Le diagnostic de la fistule tuberculeuse nous apparaît donc, non comme la simple égalité d'une équation où le premier terme est fait de signes choisis plus ou moins arbitrairement et invariables, mais *comme le résultat* (et nous ne saurions trop insister sur ce fait) *de l'accumulation de plusieurs données*

et d'une foule de signes qui, pris séparément, ne sont que de mince valeur et qui, groupés, forment une véritable entité.

Il est un point qui reste à signaler : c'est la fréquence avec laquelle on retrouve, dans les antécédents des malades, une atteinte bacillaire plus ou moins grave et même en général bénigne : simple épisode pulmonaire ou pleural dans la vie du malade.

A. Jaquelin admet qu'à côté de la tuberculose maladie il existe des formes faiblement végétatives constituant « un terrain de tuberculisation tantôt patent, tantôt discret et, alors souvent méconnu ». Il classe ces cas sous le nom de *tuberculose atypique* dont nous allons rechercher, brièvement, les éléments.

On n'observe pas, dit-il, de lésion spécifique ; la plupart du temps ce que l'on voit ce sont des lésions inflammatoires aiguës ou subaiguës.

Le bacille de Koch n'est habituellement pas décelable et il y aurait un état de toxémie entraînant une hyperallergie et des réactions d'intolérance dans divers organes qui répondent évidemment de façon différente.

C'est ainsi que l'on peut noter : l'asthme, le rhumatisme de Poncet, certaines rhino-trachéo-bronchites à répétition, des états subfébriles chroniques, des syndromes hépato-digestifs, des syndromes dysendocriniens, des syndromes oculaires variés (kérato-conjonctivite, scléro kératite, iritis, irido-cyclite, choroïdites, etc...), des troubles circulatoires, et des psychoses diverses.

Dans tous les cas, il y a la notion d'antécédents bacillaires souvent même minimes.

La vitesse de sédimentation est, en général, élevée dans les périodes évolutives.

Enfin, Jaquelin s'appuie également sur le test tuberculinique d'après lequel une injection de tuberculine provoque l'apparition ou l'exacerbation du syndrome clinique antérieurement constaté. Dans ce cas il y aurait une action incontestable de la tuberculino et chrysothérapie.

Nous avons été frappés, également, dans 10 cas de nos observations, par les points suivants.

Antécédents bacillaires éloignés de peu de gravité, mais indiscutables.

L'aspect clinique des lésions qui sont dans certains cas assez importantes.

L'évolution est traînante avec des rechutes et prolongée ; l'état général est assez mauvais et suit les poussées évolutives. Dans l'observation 6, l'apparition de la fistule s'est faite en même temps que survenait une hémoptysie avec création de pneumothorax artificiel quelques temps après.

La vitesse de sédimentation est constamment augmentée lors des poussées.

L'absence de toute lésion spécifique tant à l'histologie (obs. 9) qu'à l'inoculation au cobaye (obs. 18). Dans un cas on a la notion de virage récent de la cuti-réaction peu avant l'apparition de la fistule (obs. 7).

La tendance à la lymphocytose sanguine.

La coïncidence d'autres phénomènes relevant de l'hyperallergie et s'apparentant à des réactions d'intolérance. Telles les observations :

— 3) qui, en dehors de diverses localisations tuberculeuses, a vu son état se transformer par le traitement à l'antigène méthylique ;

— 19) où on relève l'existence simultanée d'une kérato-conjonctivite *d'origine indéterminée* et d'une récidive d'abcès. Bien plus, la kératoconjonctivite est apparue en même temps qu'une fistule traitée et guérie en 1938. Entre 1938 et 1948, la conjonctivite a récidivé à plusieurs reprises sans que, jamais, on puisse en déterminer la cause.

Tous ces faits sont, évidemment, assez singuliers et les différents points communs avec ce qu'a décrit Jaquelin dans son étude sur la tuberculose atypique mérite que l'on y réfléchisse. Nous ne savons pas ce que donneraient dans ces cas le test à la tuberculine et une formule de Benda. Il y a là un travail à entreprendre et dont les résultats seraient peut-être intéressants à constater. Dans le doute nous ne pouvons conclure et classer certains groupes de fistules parmi les formes de tuberculose atypique mais il n'en est pas moins vrai qu'il y a dans nos observations un groupe de cas qui ont rigoureusement les mêmes caractères et qui s'accompagnent d'affections que l'on peut ranger comme une manifestation de tuberculose atypique.

Chapitre VII

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1.

M. C... Mohamed, 32 ans, maçon, est hospitalisé dans le service depuis deux mois et y est traité pour une tuberculose pulmonaire qui semble évoluer de façon satisfaisante. il nous est envoyé le 20 octobre 1947 à la consultation pour fistule de la région anale.

C'est en 1943 qu'est apparu pour la première fois un écoulement tachant le linge. Cet écoulement, peu abondant au début, a été négligé et s'est tari au bout d'un mois. Silence pendant une quinzaine de jours et, à nouveau, le suintement se reproduit. Désormais il s'établit, jusqu'à la date à laquelle nous avons vu notre malade des alternatives de calmes (ne dépassant pas 15 jours) et de suppurations.

Le passé pathologique est assez chargé :

— En 1939, le malade est traité à Lyon pour une syphilis primo secondaire. Le traitement d'attaque a duré 4 ans.

— En 1944, blennorrhagie traitée. Quelques mois après, on crée un pneumothorax droit en sanatorium où il reste jusqu'en janvier 1947, date à laquelle il revient à Paris où il continue à faire insuffler son pneumothorax.

— En octobre 1947, il entre à l'hôpital pour poussée aiguë pulmonaire, c'est là que nous le voyons.

Les antécédents familiaux et collatéraux n'ont pas été précisés.

Lorsque nous le voyons à la consultation, l'état général est peu satisfaisant, meilleur depuis quelques mois aux dires du malade.

A l'examen local, on note deux grosses fistules dans la région anale antérieure droite. La peau à l'orifice est décollée

sur une zone limitée mais de teinte normale. Bourgeonnements importants du pourtour avec, même, formation papillomateuse. Fistules complètes et intra-sphinctériennes. Le pus est abondant, épais, tachant le linge. Le toucher rectal est douloureux et ne montre rien de particulier.

L'examen général et le laboratoire ne montrent rien de particulier si ce n'est que les divers examens successifs de crachats pratiqués dans le service sont négatifs. La formule sanguine faite le 30 octobre 1947 donne :

globules rouges	3.790.000
hémoglobine	80 %
globules blancs	5.600
polynucléaires neutro	56 %
polynucléaires éosino	4 %
lymphocytes	20 %
moyens mononucléaires	13 %
monocytes	7 %

La vitesse de sédimentation pratiquée le 29 octobre donne les chiffres suivants :

après 1/4 d'heure : 20 mm.
après 1/2 heure : 39 mm.
après 3/4 d'heure : 54 mm.

Le malade a été opéré le 5 novembre 1947 de son double trajet fistuleux.

Le 12 novembre, la cicatrisation n'est pas commencée, la plaie opératoire est propre et la vitesse de sédimentation, pratiquée ce jour, donne les résultats suivants :

après 1/4 d'heure : 20 mm.
après 1/2 heure : 38 mm.
après 3/4 d'heure : 52 mm.

Nous n'avons malheureusement pas pu suivre ce malade depuis cette date. Il a quitté le service et nous l'avons perdu de vue.

OBSERVATION N° 2.

M. C... Marcel, 36 ans, ébéniste, vient consulter le 29 octobre 1947 pour contrôle de sa plaie opératoire. Il a été, en effet opéré en deux temps les 24 septembre et 1er octobre 1947 d'une fistulette dans la région antéro-latérale gauche de la marge de l'anus. Fistule, non en activité, borgne interne, extra sphinctérienne qui était apparue à la suite d'un abcès de la marge de l'anus siégeant au niveau de sa fistule actuelle.

L'écoulement avait été le premier signe clinique qui avait décidé le malade à consulter surtout qu'à cette époque il présentait une asthénie marquée, des sueurs nocturnes abondantes et un amaigrissement de 5 kgs en quelques mois.

Aussitôt après son opération, l'état général s'est rapidement modifié et en quelques semaines il a repris son poids normal. Seules persistent une légère asthénie et une anorexie.

Antécédents : Le début de ses ennuis remontent à 1943, alors qu'il était prisonnier, il est traité pour un « point de pleurite » en même temps qu'apparaît un abcès de la marge de l'anus, peu douloureux, qui persiste pendant 6 mois. Il est suivi d'une évacuation spontanée. Puis tout rentre dans l'ordre jusqu'à ces derniers temps où son abcès s'est reconstitué. On ne relève rien dans ces antécédents personnels ni familiaux.

L'examen pratiqué le 29 octobre 1947 montre une cicatrisation satisfaisante mais non complète de la plaie opératoire.

La vitesse de sédimentation est de :

après 1/4 d'heure : 23 mm.
après 1/2 heure : 47 mm.
après 3/4 d'heure : 64 mm.

La formule sanguine pratiquée le 30 octobre donne le résultat suivant :

globules rouges	4.300.000
hémoglobine	85 %
leucocytes	6.000
polynucléaires neutro	72 %
polynucléaires éosino	3 %
monocytes (dont 1 très jeune) . .	11 %
lymphocytes	14 %

Le malade n'est pas revenu à la consultation, sa plaie s'étant, sans doute, cicatrisée.

OBSERVATION N° 3.

M. P..., étudiant en droit, 26 ans, vient nous consulter le 5 novembre 1947 pour fistule. Son histoire est la suivante :

A la suite d'un épisode fébrile avec mauvais état général, il consulte en fin 1944. On pratique une radiographie pulmonaire dont le malade ne connaît pas le résultat. En 1945, à la suite d'un examen, on diagnostique une tuberculose osseuse qui est traitée et le malade fait une cure à Berck

pendant un an. A la même époque, apparaît une adénite cervicale qui est traitée par l'antigène méthylique ; l'anorexie et la fatigue sont très prononcées et disparaissent avec le traitement à l'antigène.

Peu après cette période, au cours d'un examen général, on porte le diagnostic de maladie de Besnier Bœck-Schaumann confirmé par divers services hospitaliers.

En avril 1948, il ressent une douleur à l'anus et constate, lui-même, une tuméfaction de la région. Son état général est alors très précaire. Il consulte et on fait le diagnostic d'abcès de la marge de l'anus fistulisé. Il est traité médicalement. Ce n'est qu'en juin 1947 que son trajet fistuleux est mis à plat sans aucun autre traitement. Depuis cette date persiste un suintement continu avec un très mauvais état général.

Par ailleurs, rien de caractéristique ni dans ses antécédents personnels, ni dans l'histoire familiale.

Le 5 novembre, on opère une plage fistuleuse postérieure avec gros décollements de la muqueuse et de la peau. L'aspect est sanieux, rouge violacé, avec une sécrétion très abondante de pus mal lié.

La vitesse de sédimentation est de :

après 1/4 d'heure : 30 mm.
après 1/2 heure : 48 mm.
après 3/4 d'heure : 60 mm.

OBSERVATION N° 4.

M. K..., 24 ans, aide électricien, vient consulter le 5 novembre 1947, parce qu'il souffre depuis 5 mois de la région anale.

Au début le malade se sent un peu fatigué, l'appétit a diminué, les sueurs nocturnes sont abondantes, il n'a pas de température. Puis apparaît une sensation de picotement et le malade constate une tuméfaction de la marge de l'anus. Il n'y prend pas garde et, deux mois après, se produit une petite émission de pus du côté gauche. Le malade consulte alors un médecin. Un mois après, ouverture spontanée d'un autre abcès diamétralement opposé. Il est alors traité par les rayons ultra-violets. Les douleurs ont brusquement disparu avec l'ouverture des poches abcédées.

Le suintement est continu et le malade se mèche lui-même les orifices de ses lésions, mèches qu'il remplace huit fois par jour et ceci depuis un mois. On ne note aucun antécédent pulmonaire ou autre.

A l'examen, on constate une double fistule, borgne symétrique avec gros décollements et zones d'infiltration autour

de l'orifice. Le toucher rectal est douloureux et le doigt force difficilement le sphincter contracté.

Le 5 novembre, on pratique une mesure de la vitesse de sédimentation qui donne les chiffres suivants :

après 1/4 d'heure : 12 mm.
après 1/2 heure : 32 mm.
après 3/4 d'heure : 47 mm.

Opéré le 12 novembre 1947, sa formule sanguine est :

globules rouges	4.860.000
hémoglobine	90 %
globules blancs	6.400
polynucléaires neutro	49 %
polynucléaires éosino	7 %
polynucléaires baso	2 %
moyens mononucléaires	29 %
lymphocytes	9 %
monocytes	4 %

La pièce opératoire a été examinée à l'histologie et le laboratoire montre :

« Tissu lardacé avec follicules tuberculeux et nombreux vaisseaux turgescents ». (G. Albot).

Le 10 décembre 1947, la cicatrisation est imparfaite et il existe un petit bourgeon qui est nitraté ; la vitesse de sédimentation est de :

après 1/4 d'heure : 13 mm.
après 1/2 heure : 32 mm.
après 3/4 d'heure : 42 mm.

Le 21 janvier 1948, ablation du bourgeon de cicatrisation au bistouri électrique. Il se produit un cercle fibreux autour de son orifice externe. La cicatrisation du fond de la plaie ne se fait pas.

Le 28 janvier 1948, amélioration de la cicatrisation. Le malade n'est plus revenu à la consultation.

OBSERVATION N° 5.

M. M..., 45 ans, employé au métropolitain, vient se faire suivre à la consultation à partir du 5 novembre 1947.

Il a été opéré en ville, il y a 4 ans, d'une fistule anale : tout s'était alors bien passé. Brusquement, il y a trois semai-

nes, il a présenté une violente douleur dans l'anus, avec une température à 38°. Le lendemain de cet épisode, le docteur Henry constate une masse sur la paroi latérale gauche du rectum, très douloureuse. Le diagnostic d'abcès du rectum est posé. La ponction sous anuscopie ramène du pus malheureusement non analysé. Le traitement est alors institué. Le malade reçoit 100.000 unités de pénicilline toutes les trois heures et 18 comprimés d'Adiazine. La dose totale a été de 1.600.000 U.O. de pénicilline et 30 grammes en tout d'Adiazine. Vingt-quatre heures après le traitement, la température amorce une descente. La douleur a spontanément disparu, mais la douleur au toucher rectal persiste toujours. Le troisième jour, il y a une amélioration considérable, pas de température, pas de douleur. Mais le toucher rectal montre un empâtement de la région, cette fois sans abcès. Huit jours après, tout va bien : l'état général reste cependant assez mauvais. La vitesse de sédimentation du 5 novembre nous a donné le résultat suivant :

après 1/4 d'heure : 30 mm.
après 1/2 heure : 50 mm.
après 3/4 d'heure : 70 mm.

Le 7 janvier 1948, reprise de l'abcès, volumineux, nettement senti au toucher rectal. On note par ailleurs des sueurs nocturnes importantes, une température vespérale, un peu d'amaigrissement. La vitesse de sédimentation est de :

après 1/4 d'heure : 38 mm.
après 1/2 heure : 68 mm.
après 3/4 d'heure : 84 mm.

On traite le malade par calcithérapie et rayons X. Le 28 janvier : régression de l'abcès, pas de sueurs nocturnes, moins d'asthénie, appétit normal, pas de diarrhée. Nette reprise de l'état général, mais il persiste localement une induration au siège de son abcès. La vitesse de sédimentation est de :

après 1/4 d'heure : 18 mm.
après 1/2 heure : 43 mm.
après 3/4 d'heure : 55 mm.

Le 11 février 1948 : pas de température, quelques douleurs subjectives locales. A l'examen, on note une tuméfaction sensible au toucher rectal, nécessitant une injection locale, dans la poche de l'abcès de 200.000 unités de pénicilline.

Le 3 mars 1948 : sensation de pesanteur douloureuse de la région anale datant de 48 heures. On constate une douleur au toucher rectal avec une induration sensible de la partie

gauche. La zone abcédée est incisée, toutefois on n'obtient pas de pus franc. On pose un drainage filiforme au nylon. L'état général est assez satisfaisant mais le malade se plaint d'une légère fatigue. Vitesse de sédimentation :

après 1/4 d'heure : 26 mm.
après 1/2 heure : 45 mm.
après 3/4 d'heure : 60 mm.

Le 12 mai 1948, apparition d'une tuméfaction de la marge de l'anus, fluctuante, incisée par le docteur Henry sous anesthésie locale. On recueille 15 centimètres cubes de pus environ dont l'examen montre la présence de nombreux polynucléaires altérés. La culture sur milieu ordinaire montre *l'absence totale de germe*. Pas de bacille de Koch à l'examen direct. L'ensemencement de ce pus sur milieu de Lœwenstein a donné un résultat négatif (Laennec).

Le 26 mai 1948, l'état général est bon. On ne sent plus rien au toucher rectal. L'inflammation a complètement disparu.

OBSERVATION N° 6.

M. C... Robert, 36 ans, maître d'hôtel, a été hospitalisé le 15 août 1940 pour cortico-pleurite droite. Cette affection a été traitée et tout s'est déroulé normalement. Mais en mars et en avril 1947, il est de nouveau hospitalisé pour la même affection jusqu'au 1er octobre. Le 2 octobre, il entre à Laennec. Dans toutes ces hospitalisations, tout s'est bien passé, sauf deux hémoptysies survenues les 26 avril et 11 mai 1947. Peu de temps après, survient un abcès très douloureux de la marge de l'anus ouvert après huit jours et qui se fistulise. Le médecin traitant fait des injections intrafistuleuses de teinture d'iode et prescrit un traitement sulfamidé qui n'amène aucun résultat. On recule devant une intervention à cause de sa pneumopathie et on procède à la création d'un pneumothorax.

Il est opéré par la suite de son trajet fistuleux le 27 octobre 1947 en dehors de toute poussée évolutive pulmonaire, l'opération n'amenant aucune aggravation de l'état général. Il s'agissait d'une fistule compliquée de trajets accessoires, avec décollements importants, mais assez limités en étendue.

M. C... vient nous consulter le 12 novembre 1947 pour juger de son état. Le malade paraît encore très fatigué, amaigri de 10 kgs, sans appétit. Une radiographie pulmonaire faite le 30 octobre montre un nettoyage complet de ses poumons. Seule, persiste une accentuation de la trame pulmonaire droite. Son opération n'est pas bien cicatrisée. Ce n'est qu'en fin décembre que le malade est totalement guéri.

OBSERVATION N° 7.

Mme T..., Colette, 23 ans, sans profession, vient consulter le 19 novembre 1947 pour amaigrissement, asthénie, anorexie, apparus il y a huit mois, dit-elle. Peu de temps après est apparu un abcès non douloureux de la marge de l'anus. Elle craint qu'à l'heure actuelle cet abcès récidive et vient nous demander conseil.

On constate, en effet, un léger empâtement de la marge de l'anus. Pour l'instant elle ne présente aucune douleur, aucun écoulement.

La malade nous apprend que, de temps en temps, sa tuméfaction grossit ; elle la perce elle-même plusieurs fois par semaine et, après quelques jours de nettoyages à l'alcool, tout rentre dans l'ordre pour un temps variable. Durant chaque poussée, la malade présente une légère température avec anorexie complète ; un léger amaigrissement persiste, l'asthénie est intense. Il n'existe pas de sueurs nocturnes.

Dans ses antécédents, on relève desmaladies d'enfance, aucun passé pulmonaire, une poussée de rhumatisme articulaire aigu dans l'enfance. Une cuti-réaction faite en janvier 1947 était *négative*. Les examens pratiqués le 19 novembre 1947 donnent les résultats suivants :

Cuti réaction *nettement positive.*

Hémogramme :

polynucléaires neutro	76 %
moyens mononucléaires	4 %
lymphocytes	11 %
monocytes	9 %

Vitesse de sédimentation :

après 1/4 d'heure : 36 mm.
après 1/2 heure : 62 mm.
après 3/4 d'heure : 80 mm.

OBSERVATION N° 8.

M. L... Israël, 41 ans, opticien, vient nous trouver le 26 novembre 1947 pour une affection qui a débuté en septembre 1947 par des douleurs assez violentes de la région anale, augmentées par la défécation. Les sueurs nocturnes sont abondantes et gênent le malade. Puis les douleurs se calment et disparaissent. Cependant, il y a trois semaines, nous dit-il, la douleur fait de nouveau son apparition, empêchant tout sommeil. Le docteur Thaly, consulté, fait le diagnostic

d'abcès de la marge de l'anus et pratique une incision de la poche qui se fistulise peu de temps après. Depuis cette période, les douleurs sont moins vives, l'amaigrissement est peu marqué, l'appétit est conservé, les sueurs nocturnes ont disparu.

Dans ses antécédents, on ne relève qu'une fracture du fémur en 1909 suivie d'une ankylose de la hanche en 1910. Une radiographie pratiquée le 26 novembre 1947 montre une image révélant une séquelle probable de coxarthrie.

On pratique un examen le 26 novembre. La formule sanguine :

globules rouges	4.480.000
hémoglobine	85 %
globules blancs	8.000
polynucléaires neutro	76 %
polynucléaires éosino	2 %
moyens mononucléaires	8 %
lymphocytes	6 %
monocytes	9 %

Vitesse de sédimentation :

après 1/4 d'heure : 26 mm.
après 1/2 heure : 42 mm.
après 3/4 d'heure : 62 mm.

Le malade est opéré le 10 décembre 1947 d'un petit trajet fistuleux intrasphinctérien qui a été examiné à l'Institut Pasteur au point de vue anatomo-pathologique et dont le résultat est le suivant :

« Gros foyers réactionnels sans caractère spécifique comprenant des lymphocytes et plasmocytes en majorité des polynucléaires dont quelques éosinophiles dans un derme scléroséet riche en capillaires dilatés » (Dr Bretey).

Le 17 décembre 1947, la plaie se cicatrise lentement et une nette amélioration est constatée le 7 janvier.

Le 12 janvier 1948, la cicatrisation a encore un peu progressé. La vitesse de sédimentation donne les chiffres suivants :

après 1/4 d'heure : 13 mm.
après 1/2 heure : 33 mm.
après 3/4 d'heure : 43 mm.

Le 21 janvier, la cicatrisation est terminée et la vitesse de sédimentation est de :

après 1/4 d'heure : 18 mm.
après 1/2 heure : 42 mm.
après 3/4 d'heure : 62 mm.

Le 4 février, le malade est guéri et la vitesse de sédimentation donne les chiffres suivants :

après 1/4 d'heure : 9 mm.
après 1/2 heure : 18 mm.
après 3/4 d'heure : 27 mm.

OBSERVATION N° 9.

M. P... Louis, 54 ans, manœuvre, a présenté en juillet une douleur permanente de la région anale, non modifiée par la défécation, qui a persisté jusqu'en août 1947, date à laquelle l'ouverture spontanée d'un abcès s'est produite, calmant instantanément la douleur. L'état général est assez mauvais et s'accompagne d'une perte de l'appétit, d'une légère température à 38°, d'un peu d'asthénie et d'un amaigrissement non chiffré.

Lécoulement dure 10 jours puis tout s'éteint. Survient une nouvelle période où le malade prétend se sentir mieux, l'appétit revient, la température baisse. Puis une nouvelle poussée apparaît, marquée par les mêmes signes généraux et fonctionnels en même temps que l'écoulement reprend, abondant. Il en sera ainsi jusqu'en novembre 1947, où le malade présente des alternatives de dépressions et d'améliorations de l'état général accompagnées d'une reprise de l'écoulement.

A la date où nous le voyons, le 26 novembre, les douleurs ont disparu ainsi que l'écoulement. Le poids perdu n'a pas été repris mais l'appétit est bon ; il n'y a pas d'asthénie, pas de température.

Dans ses antécédents, on ne relève rien de particulier, si ce n'est une pleurésie à l'âge de 30 ans. Sa famille est en bonne santé.

A l'examen, on constate une fistule dans la région postéro latérale gauche, complète et transsphinctérienne avec décollement de la peau ; les bords sont violacés, le fond est sale. On ne note rien au toucher rectal. La vitesse de sédimentation donne les chiffres suivants :

après 1/4 d'heure : 23 mm.
après 1/2 heure : 45 mm.
après 3/4 d'heure : 68 mm.

La formule sanguine du 3 décembre 1947 montre :

globules rouges	4.425.000
hémoglobine	90 %
globules blancs	4.200

polynucléaires neutro ..... 48 %
polynucléaires éosino ..... 2 %
lymphocytes . . .. 8 %
moyens mononucléaires ..... 35 %
monocytes . . .. 7 %

Le 10 décembre 1947, le malade est opéré et la pièce opératoire est envoyée à l'Institut Pasteur pour examen anatomo-pathologique. La réponse est la suivante : « Ectasie de nombreux capillaires à endothélium tuméfié, foyers réactionnels à prédominance mononucléaire (lymphocytes, plasmocytes, histiocytes), quelques plasmodes et polynucléaires disséminés, rares éosinophiles dans un derme sclérosé. Epiderme épaissi sur des points limités. Pas d'organisation folliculaire, pas de bacille acido-résistant. » (Dr Bretey).

Le 24 décembre 1947, nous revoyons notre malade : sa plaie se cicatrise lentement, la vitesse de sédimentation est de :

après 1/4 d'heure : 23 mm.
après 1/2 heure : 46 mm.
après 3/4 d'heure : 64 mm.

Le 7 janvier 1948, on note une induration de la partie postérieure de la marge de l'anus. La cicatrisation est défectueuse, on prescrit au malade de l'huile de foie de morue. Cette cicatrisation est très irrégulière et le 3 février 1948 on note un gros bourrelet au bord de sa cicatrice, l'état général est assez satisfaisant.

Le 11 février, une amélioration s'amorce au point de vue local. La vitesse de sédimentation est de :

après 1/4 d'heure : 22 mm.
après 1/2 heure : 43 mm.
après 3/4 d'heure : 65 mm.

Ce n'est que le 25 février que le malade peut être considéré comme guéri.

OBSERVATION N° 10.

M. E... Pierre, 44 ans, maraîcher, consulte le docteur Thaly pour un écoulement de la région anale qui est apparu en octobre 1947. C'est en allant à la selle que le malade s'est aperçu d'une petite tuméfaction de la région anale, peu douloureuse et qu'il soigne lui-même avec des compresses. Trois à quatre jours après, l'abcès s'ouvre spontanément, se referme quelques jours après et de nouveau un suintement apparaît, suintement qui persiste, non douloureux, jusqu'au 10 décembre, date à laquelle le docteur Thaly nous l'adresse.

Au point de vue signes généraux, on ne note rien de particulier : pas de température, pas d'anorexie, pas d'asthénie, pas d'amaigrissement, pas de sueurs nocturnes. Les selles sont normales. Le malade a présenté il y a deux ans une « infection intestinale », sans qu'on puisse faire préciser de quoi il s'agissait exactement. Aucun antécédent notable : sa famille est en bonne santé.

A l'examen du 10 décembre 1947, on constate une fistule complète à la partie postéro-latérale droite de la marge de l'anus, intrasphinctérienne avec un aspect légèrement tomenteux de l'orifice.

La vitesse de sédimentation donne :

après 1/4 d'heure : 12 mm.
après 1/2 heure : 35 mm.
après 3/4 d'heure : 52 mm.

La formule sanguine montre :

polynucléaires neutro	73 %
polynucléaires baso	2 %
lymphocytes	4 %
moyens mononucléaires	12 %
monocytes	9 %

Il est opéré le 24 décembre 1947. La pièce opératoire a été envoyée à l'Institut Pasteur qui a pratiqué (Dr Bretey) :

— une culture sur Lœwenstein : résultat négatif ;

— une inoculation à 3 cobayes : résultat négatif.

Le 7 janvier 1948, on note une bonne cicatrisation de la plaie. Déjà le malade peut être considéré comme guéri.

OBSERVATION N° 11.

M. P... Antonin, 47 ans, employé au Métropolitain.

L'histoire de ce malade débute le 22 décembre 1947 par des hémorragies rectales de sang rouge qui persistent pendant 48 heures. Pendant cette période, pas d'émission de pus par l'anus. Le malade fait le diagnostic d'hémorroïdes et se traite lui-même par des bains de siège et des suppositoires « Anusol ». Une douleur violente fait bientôt son apparition, empêchant tout sommeil, pas d'amaigrissement, pas de température, pas d'anorexie.

Dans ses antécédents, on note une opération en 1930 pour kyste épididymaire gauche avec ectopie testiculaire, en 1932 opération d'hémorroïdes. Sa famille est en excellente santé.

L'examen pratiqué le 7 janvier 1948 montre une fistule à la partie latérale gauche de la marge de l'anus, intrasphinc-

térienne, accompagnée d'un fibrome prolabé. La vitesse de sédimentation est de :

après 1/4 d'heure : 13 mm.
après 1/2 heure : 33 mm.
après 3/4 d'heure : 49 mm.

Nous conseillons l'opération à notre malade, mais celui-ci n'est plus revenu à la consultation.

OBSERVATION N° 12.

Mme L... Georgette, 40 ans, mécanographe, a présenté un passé pathologique assez chargé dont voici les points saillants.

C'est en 1926 que commencent ses ennuis. Auparavant, elle n'avait présenté aucune affection notable si ce n'est que des maladies d'enfance. On lui découvre, après une longue période faite d'asthénie et de « faiblesse générale », une lésion pulmonaire bilatérale plus marquée du côté gauche. La malade ne peut se souvenir exactement des lésions constatées à ce moment. On n'a pas institué de pneumothorax, mais deux bacilloscopies successives auraient été positives. Elle a été traitée pendant 4 ans et déclarée guérie.

Mariée par la suite, elle est deux fois enceinte et accouche de deux enfants mort-nés (pas de syphilis décelée). Deux autres accouchements provoqués avant terme par le Professeur Lacomme lui permettent d'avoir deux enfants bien portants.

En 1940, elle présente une période pendant laquelle elle est prise de douleurs violentes à l'anus, non rythmées par les selles. Puis tout rentre dans l'ordre jusqu'en 1944 où, à la suite d'un accouchement, les douleurs reprennent, bientôt suivies d'un gros abcès de la taille d'une orange qui perce seul ; l'état général est très atteint.

Le 16 décembre 1946, nouvel abcès moins douloureux que le premier. Même évolution vers la résolution après incision chirurgicale.

En février 1947, nouvel abcès peu douloureux traité par vaccinothérapie puis ouverture chirurgicale.

En avril 1947, l'abcès se reforme traité par le propidon.

En novembre 1947, apparaît, au milieu d'un état général très touché, avec température à 37°8, un dernier abcès traité par le docteur Henry, qui fait un drainage filiforme et qui se termine en 10 jours.

La malade vient nous voir le 7 janvier 1948, souffrant légèrement de la région anale : à l'examen, on note une pe-

tite zone tuméfiée, sans abcédation. L'état général est assez satisfaisant, la vitesse de sédimentation est :

après 1/4 d'heure : 20 mm.
après 1/2 heure : 43 mm.
après 3/4 d'heure : 60 mm.

OBSERVATION N° 13.

M. R... Hippolyte, 49 ans, employé au Métropolitain, vient consulter une seule fois le 7 janvier 1948 pour des douleurs qui ont débuté au mois de juillet 1947 et intéressant toute la région anale. De plus, le malade est gêné par un écoulement purulent abondant, intermittent, et qui se répète tous les 15 jours environ après un silence d'égale durée.

Un point sur lequel insiste le malade : cet écoulement apparaît quelques jours après une grande fatigue et se trouve de ce fait rythmé par elle ; son travail se faisant par roulement, le malade appréhendait la période qui suivait la semaine la plus fatigante.

Lors de sa consultation, on note un amaigrissement de plusieurs kilogrammes, une anorexie marquée, des sueurs nocturnes abondantes, pas de température.

Dans ses antécédents, on relève :

— une pleurésie gauche nécessitant une hospitalisation. Le sommet du poumon gauche aurait, à cette période, été légèrement atteint ;
— une crise hémorroïdaire en 1932.

A l'examen, on constate une fistule borgne interne à la partie postéro-latérale gauche sans gros décollement de la peau.

La vitesse de sédimentation est de :

après 1/4 d'heure : 35 mm.
après 1/2 heure : 50 mm.
après 3/4 d'heure : 68 mm.

OBSERVATION N° 14.

M. C... Paul, 65 ans, ancien aide comptable, souffre depuis le 20 septembre 1947 d'un « polype » suintant qui est traité en ville sans résultat. Puis apparaissent une température à 38° et une tuméfaction qui se fistulise presque aussitôt. Il coule un pus épais, la douleur est atténuée. Mais ce sont surtout un amaigrissement très marqué, une anorexie absolue,

des sueurs nocturnes abondantes et rebelles, une asthénie extrêmement profonde qui amènent le malade à consulter le 7 janvier 1948.

On est en présence d'un vieillard, d'une maigreur squelettique, la peau est ridée, sèche, écailleuse, jaunâtre, avec de larges zones de pigmentation et de dépigmentation prédominant surtout sur les régions découvertes, les pommettes sont seules colorées par de fines varicosités. Hippocratisme digital assez important. La tension artérielle est à 13,5—7. Il nous apprend que depuis le 26 novembre 1943 on lui entretient un pneumothorax par des insufflations répétées chaque semaine. A l'heure actuelle, il n'a plus de bacille de Koch dans ses crachats.

On constate à l'examen une vaste fistule à la partie latéro-postérieure gauche, suintante, avec un orifice à bords décollés ; le fond est sanieux, bourgeonnant, sale. La vitesse de sdimentation est de :

après 1/4 d'heure : 36 mm.
après 1/2 heure : 57 mm.
après 3/4 d'heure : 72 mm.

L'hémogramme montre :

polynucléaires neutro	79 %
polynucléaires baso	1 %
moyens mononucléaires	13 %
monocytes	7 %

Le 18 janvier apparaît une diarrhée importante et un fléchissement de l'état général tel que l'intervention est différée. Le docteur Henry pose un drainage filiforme continu et institue un traitement par le calcium intra-veineux.

Le 3 février 1948, le crin de drainage s'est spontanément résorbé avec mise à plat du trajet. On constate l'apparition d'une importante hydrocèle, la diarrhée persiste mais l'état général s'est amélioré.

Le 26 mai 1948, l'écoulement ne s'est pas arrêté depuis le début. Douleurs vives de la région anale. L'état général est de nouveau très mauvais. A l'examen anuscopique, on constate un clapier sur la paroi latérale droite de l'anus avec pus crémeux, bien lié.

Le 2 juin 1948, examiné sous anuscope avec anesthésie locale, on voit sourdre un pus abondant de sa poche abcédée. On pose un drainage filiforme.

OBSERVATION N° 15.

M. B... Georges, 39 ans, employé à la S.N.C.F., nous est envoyé par le docteur Thaly pour fistule de la marge de l'anus.

Le début remonte en mars 1947 par un abcès au voisinage de la région coccygienne qui, après une période faite d asthénie, d'insomnie, de sueurs nocturnes, s'est résorbé sans laisser de trouble.

En juillet 1947, le malade est de nouveau fatigué et un nouvel abcès apparaît. Il est traité avec des sulfamides à sa phase tardive. La température avait atteint, cette fois, 38°5.

Le 11 septembre 1947, même épisode nécessitant une hospitalisation à Saint-Antoine. L'abcès perce seul ; le même traitement avait été institué.

En octobre 1947, ouverture chirurgicale d'un volumineux abcès avec pus abondant. L'état général est peu satisfaisant depuis la terminaison de l'épisode précédent.

En novembre 1947, hospitalisé à Bichat, opéré par drainage filiforme pour nouvelle poussée. Cette fois les douleurs, absentes jusqu'alors, apparaissent. L'état général est stationnaire, l'amaigrissement et l'anorexie sont importants. Le malade est transféré à Créteil où l'on intervient à nouveau. Depuis l'entrée à Bichat, le suintement est continu, jusqu'au moment où nous le voyons le 18 février 1948.

A l'examen, on note une fistule sur la partie antéro-latérale droite de la marge de l'anus. La peau est décollée, le fond est rosé, bourgeonnant, le pus est jaunâtre, le trajet est multiple et compliqué de divers recessus extra et intra sphinctériens. Le trajet principal est très large et très long et remonte très loin sous la muqueuse anale. Il est très bien senti au toucher rectal qui est très douloureux avec une sensation de bourrelet latéral infiltré ; l'appétit est toutefois conservé, l'aspect général n'est pas mauvais ; seules persistent un peu d'asthénie, une insomnie et des sueurs nocturnes.

On ne relève rien dans ses antécédents si ce n'est qu'une fracture de la jambe droite en 1932. Sa femme et un de ses enfants sont en bonne santé, son autre enfant, âgé de 8 ans, est en préventorium depuis octobre 1947. La vitesse de sédimentation est de :

après 1/4 d'heure : 23 mm.
après 1/2 heure : 49 mm.
après 3/4 d'heure : 64 mm.

La formule sanguine montre :

globules rouges	4.440.000
hémoglobine	85 %
globules blancs	7.000

polynucléaires neutro	61 %
polynucléaires éosino	4 %
lymphocytes	27 %
moyens mononucléaires	3 %
monocytes	5 %

Le premier temps de l'opération du 25 février 1948 ne comprend que l'exérèse du trajet principal et la pose d'un crin. La pièce est envoyée à l'Institut Pasteur à fin d'examen (Dr Bretey).

— La culture sur milieu de Lœwenstein est négative.
— L'inoculation à deux cobayes est négative.
— L'examen histologique montre de « larges zones inflammatoires bourrées de polynucléaires, de lymphocytes et de cellules géantes à bordure scléreuse. Pas d'organisation folliculaire de type tuberculeux. Réticulum abondant en réseau très serré ».

Le 10 mars 1948, la plaie bourgeonne, on se contente d'un pansement à l'exoseptoplix.

Le 24 mars 1948, l'état général n'est pas très satisfaisant et le 14 avril 1948 le docteur Henry exécute le deuxième temps de l'intervention. Le crin posé à la première intervention a traversé le sphincter. On pratique la section du pont muqueux et une mise à plat complète.

Le 21 avril 1948, l'état général est précaire ; le malade souffre depuis le 14 avril. Il y a formation d'une lèvre sur la partie droite de la plaie qui rend cette cicatrisation douloureuse. A gauche, l'état de la muqueuse est satisfaisant. La vitesse de sédimentation est :

après 1/4 d'heure : 28 mm.
après 1/2 heure : 52 mm.
après 3/4 d'heure : 70 mm.

Le 19 mai 1948, l'état général est bien meilleur, le malade a grossi de 2 kgs, mais la plaie suinte encore et on découvre un petit bourgeon à la commissure postérieure qui est nitraté.

Le 26 mai 1948, la vitesse de sédimentation est de :

après 1/4 d'heure : 25 mm.
après 1/2 heure : 50 mm.
après 3/4 d'heure : 65 mm.

Le malade se plaint de douleurs locales accentuées depuis 4 à 5 jours. Il éprouve la même sensation qu'au début de sa maladie. A l'examen on constate la formation d'un abcès de la partie postéro latérale droite de l'anus. Il sourd du

pus franc, bien lié et on pratique un étalement sur lame qui montre la présence de staphylocoques. On institue un traitement à la pénicilline locale de 200.000 unités à chaque injection pour une dose totale de 1.200.000 U.O.

Le 9 mai, l'état général est bon ; au point de vue local toute inflammation a disparu. Seul, persiste un petit cratère à la partie médiane et postérieure qui nécessite un léger nitratage.

OBSERVATION N° 16.

M. R..., 52 ans, représentant, a été traité en ville par le docteur Thaly pour fistule.

Sa maladie remonte au mois de novembre 1947 ; à la suite d'une hémoptysie et d'un important amaigrissement, on pratique un examen radiographique pulmonaire qui montre une zone opacifiée au sommet du poumon droit.

La bacilloscopie est négative et la calcithérapie améliore le malade qui se sent bien en janvier 1948, lorsqu'apparaît un abcès de la marge de l'anus : abcès peu douloureux, gênant la marche, sans élancement et qui grossit rapidement pour devenir très dur ; la température est à 37°7—38° et monte même parfois à 40°. L'état général est peu satisfaisant, mais toutefois meilleur qu'en novembre 1947. Il est traité par la pénicilline (1.200.000 U.O.) et opéré par incision. La température ne redescend pas à la normale et oscille entre 37°5 et 38°. On pratique un examen du pus le 19 février 1948.

— La cytologie montre de nombreux polynucléaires, quelques mononucléaires, des débris cellulaires.
— Flore microbienne : cocci gram + isolés, groupés en diplocoques, pas d'anaérobies, pas de bacille de Koch.
— Culture : gélose, culture abondante de staphylocoques.
= bouillon : culture abondante avec voile (staphylocoques) ;
= anaérobie : ne pousse pas.

Après son intervention, M. R... rentre chez lui et reste alité pendant 15 jours, la température oscille. Le diagnostic porté par un médecin consulté est de « congestion des bases ». L'amaigrissement est peu marqué, pas de diarrhée. Une bacilloscopie montre 2 et 3 bacilles de Koch par 10 champs.

Le 7 mars 1948, le malade n'a plus de température, encore quelques bacilles de Koch dans les crachats.

Localement on fait des pansements à la pénicilline.

Le 5 avril 1948, le docteur Thaly est consulté par suite de la persistance de l'écoulement. L'état général est un peu amélioré. Un crin de drainage est posé.

Le 2 mai 1948, on constate une fistule complète extra-sphinctérienne, avec gros décollements, l'orifice externe est saillant et bourgeonnant. L'hippocratisme digital est très marqué.

Le 7 mai 1948, la viteses de sédimentation donne les résultats suivants :

après 1/4 d'heure : 35 mm.
après 1/2 heure : 63 mm.
après 3/4 d'heure : 85 mm.

Le prélèvement du pus est envoyé à l'Institut Pasteur. Deux cobayes ont eu une intra-dermo-réaction négative après trois semaines. La rate et les ganglions lombaires du deuxième cobaye ont été mis en culture et a donné un résultat négatif (Dr Bretey).

Le 9 juin 1948 : la plaie est mal refermée et continue à suinter. Un traitement par la streptomycine est envisagé.

OBSERVATION N° 17.

M. D... Marcel, 26 ans, peintre, vient consulter le 14 avril 1948 à la suite d'une douleur légère à la marge de l'anus apparue le 4 avril 1948 sans écoulement. On note une absence de température, pas d'amaigrissement, pas d'anorexie, pas de diarrhée ; seule persiste une légère asthénie.

Cet abcès a été incisé à Laennec par le docteur Henry le 9 avril 1948 qui note la présence de pus mal lié.

Depuis l'intervention, le malade ne souffre plus. La plaie s'est refermée quelques jours après et le 14 avril l'examen ne révélait localment qu'un léger empâtement sensible de la région.

La vitesse de sédimentation est de :

après 1/4 d'heure : 24 mm.
après 1/2 heure : 50 mm.
après 3/4 d'heure : 63 mm.

Dans les antécédents du malade on ne note qu'une pneumonie, il y a 6 ans, sans signes bacillaires ; une spécificité contractée en 1947.

OBSERVATION N° 18.

M. G... Léon, 59 ans, peintre, consulte le 21 avril pour hémorroïdes qu'une série de scléorsantes a améliorées. Pour l'instant, il ne présente rien de particulier, seul son passé

est intéressant : prisonnier de guerre en 1917, il travaille chez des cultivateurs. Son état général est alors très mauvais. Sous-alimenté, il a maigri de plusieurs kilogrammes.

Brusquement, en allant à la selle, il sent une douleur dans la région anale, Sans possibilité de traitement, il souffre ainsi pendant 4 à 5 mois, temps au bout duquel apparaît un écoulement qui augmente pendant toute la période de son évasion. Rentré en France, il se repose chez lui, la sécrétion purulente se tarit. Quelques semaines après un calme absolu, l'état général qui s'était amélioré fléchit de nouveau, la fièvre fait son apparition et le malade est transporté à l'hôpital du Grand Palais. Le nouvel abcès, ainsi constaté, s'ouvre seul. Après une durée de 3 à 4 mois, le calme apparaît de nouveau.

En 1920, pleurésie gauche traînante se terminant par une hémoptysie. Traité uniquement par une cure hygiéno-diététique, le malade déclare que, chaque hiver, il présente une poussée de « congestion pulmonaire » avec quelques petits filts sanglants dans ses crachats : réformé la même année pour « emphysème pulmonaire ».

En 1944, le malade fait un nouvel abcès de la marge de l'anus avec fléchissement de l'état général. Le pus coule de la poche abcédée qui s'ouvre de'lle-même. Le malade se traite lui-même pendant plusieurs mois, puis tout régresse et aucune récidive ne s'est reproduite depuis.

OBSERVATION N° 19.

M. T..., 45 ans, employé.

L'histoire de ce malade est simple et en voici les points saillants :

En 1927 : après un épisode fébrile qui dure pendant 15 jours, s'accompagnant de fatigue et d'amaigrissement, on découvre un voile au sommet du poumon droit. Après un repos de 3 ans en moyenne altitude, le malade revient à Paris parfaitement guéri.

En 1938, il présente une chute importante de l'état général, en même temps qu'apparaissent :

— une fistule de la marge de l'anus avec un écoulement abondant. Ce n'est que 2 mois après l'opération que l'état général s'améliore.
— une kérato conjonctivite qui persiste pendant un mois après l'opération et dont la cause n'a pas été élucidée.

De 1938 à 1948, l'état général subit des phases d'affaiblissements et d'améliorations. Cette période est marquée par des poussées de kérato-conjonctivites identiques à la première

et par des poussées de troubles digestifs importants sans qu'on puisse en déceler la cause.

Le malade consulte à chaque poussée dans plusieurs services qui s'avouent impuissants à enrayer l'affection oculaire et intestinale. Celles-ci, d'ailleurs, évoluent toujours favorablement. Le malade reprend son poids, son appétit et ainsi pendant 10 ans..

Le 19 mai 1948, nouvelle poussée de kérato-conjonctivite. Le malade consulte à l'Hôtel-Dieu où on ne trouve aucune affection décelable. En même temps (21 mai 1948) apparaît un petit abcès de la marge de l'anus. L'état général est très mauvais : amaigrissement rapide, anorexie absolue, insomnie, sueurs nocturnes, diarrhée intense avec membranes, asthénie extrême. L'abcès est incisé en ville. Il en sort 10 centimètres cubes de pus environ.

La formule sanguine faite le 19 mai 1948 avant l'apparition de l'abcès donne :

globules rouges	4.580.000
hémoglobine	85 %
globules blancs	4.200
polynucléaires baso	45 %
polynucléaires éosino	1 %
moyens mononucléaires	35 %
lymphocytes	13 %
monocytes	6 %

OBSERVATION N° 20.

Mme R... Yvonne, 47 ans, commerçante, a présenté en 1927 sa première maladie : il s'agissait d'une affection pulmonaire dont le diagnostic porté dans plusieurs services hospitaliers était celui de « dilatation des bronches ». Deux examens de crachats ont été pratiqués. L'un en 1927 qui montre la présence de cellules épithéliales, de nombreux leucocytes, de polynucléaires, l'absence de bacille de Koch, de nombreux staphylocoques en amas, de diplocoques encapsulés, quelques tétragènes et de nombreux cocci ; l'examen fait état également d'une mycose, découverte de laboratoire.

Le 30 mai 1930, un nouvel examen montre l'absence de bacille de Koch, des diplocoques, lancéolés, encapsulés, à gram +, pas de filaments mycéliens ni de spores reconnaissables.

En 1938, apparaît une petite tuméfaction, non douloureuse, gênant la marche, qui suppure par périodes, avec des alternances de calmes et de poussées. A aucun moment, la

malade n'a éprouvé de douleur et cela depuis 10 ans que s'est constitué son abcès. L'appétit a toujours été normal, un léger amaigrissement est apparu ces dernières semaines, l'insomnie est importante, avec un peu d'asthénie.

Lorsque nous voyons la malade le 9 juin 1948, son état général est satisfaisant. On note une fistule à la partie latérale gauche de la marge de l'anus ; l'orifice se trouve au sommet d'un petit bourgeon épidermique de teinte pâle, pas de décollement de la peau ; un séropus suinte quelque peu ; le trajet est intra-sphinctérien. La vitesse de sédimentation est de :

après 1/4 d'heure : 38 mm.
après 1/2 heure : 46 mm.
après 3/4 d'heure : 82 mm.

Dans ses antécédents, on ne note rien de spécial. Son fils, âgé de 24 ans, est décédé, il y a 3 mois, de broncho-pneumonie tuberculeuse.

Chapitre VIII

CONCLUSIONS

Sur la petite série d'observations de fistules anales et d'abcès de la marge de l'anus sans étiologie évidente, que nous avons recueillies pendant un an de consultation dans le service de gastro-entérologie de l'hôpital Saint-Antoine, nous pouvons tirer les conclusions suivantes:

D'abord, diverses notions sont importantes à considérer. C'est la précocité d'un examen du pus. Plus le prélèvement sera fait tôt, plus il y aura de chances à ce que les résultats de l'inoculation au cobaye et de la culture soient positifs. Ce fait est lié, semble-t-il, à ce que les bacilles de Koch, en petit nombre, ne restent qu'un court laps de temps au niveau de la fistule. Celle-ci évoluant par la suite pour son propre compte et étant surinfectée par des germes banaux ; l'histologie devient, elle-même, impuissante à montrer des images typiques.

Si ces conditoins ne sont pas remplies, les interprétations des résultats devront être très prudentes, non pas en concluant à la fistule tuberculeuse, mais en écartant cette tuberculose, elle-même, comme responsable de la fistule ou de l'abcès.

L'évolution post-opératoire de la fistule tuberculeuse est aussi bonne que celle des autres fistules et il n'y a pas de caractères distinctifs entre les deux

variétés. Cette évolution est plus longue en cas de fistule tuberculeuse.

En cas de lésion pulmonaire associée, l'intervention n'aggrave pas celle-ci, même si l'opération a eu lieu au voisinage d'une poussée évolutive.

Nous ne pensons pas que les diverses associations de signes que les auteurs ont considérées comme la signature d'une fistule tuberculeuse doivent être conservées *de façon rigoureuse*. La question est beaucoup plus vaste. Ce n'est pas ce groupement de quelques signes dont on pourra contester, toujours et indéfiniment, la valeur qui doit faire le diagnostic étiologique. C'est toute la vie, toute l'évolution de la fistule (et c'est le point principal sur lequel nous ne saurions trop insister) avec tous les renseignements positifs que peuvent nous donner le laboratoire et les examens attentifs qui devront l'étayer.

Enfin, toute la question de la tuberculose n'a pas été épuisée et il est probable qu'elle est pour une grosse part dans la production de la fistule. Nous pensons surtout aux rapports de la fistule et de la tuberculose atypique telle que l'a exposée Jaquelin qui seront, peut-être, démontrés par la suite.

Quant à notre statistique, nous classerons dans les cas certains de fistules tuberculeuses les observations 1, 3, 4, 14, 15, 16, soit 30 % des cas observés ; comme cas suspects les observations 5, 6, 12, soit 15 % des cas.

Vu : *Le Président*,
DE GENNES.

Vu : *Le Doyen*,
L. BINET.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
SARRAILH.

BIBLIOGRAPHIE

Le Monnier. — 1686 : Traité de la fistule de l'anus et du fondement.

Delbet et Bréchot. — 1916 : Maladies de l'anus et du rectum.

R. Kaufmann. — 1935 : De fistula ani et recti.
— 11 février 1939 : Tuberculose et fistule anale (Presse Médicale, n° 12).

H. Hartmann. — 1931 : Chirurgie du rectum.

Cabanié. — 1938 : Les fistules anales et leurs affections causales.

Macaud. — Thèse de Paris, 1947.

M. Rey. — 28 janvier 1948 : suppléments de la Presse Médicale, n° 6.

A. Jacquelin. — 28 avril 1947 : Les tuberculoses atypiques (semaine des hôpitaux, n° 16).

SERMENT

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine, je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à ma promesse. Que je sois couvert d'opprobe et méprisé de mes confrères si j'y manque.